

Tytti Böök

Sonja Naukkarinen

Potilasohjaus korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla

Potilasohjeet toimenpidepotilaille

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma


Huhtikuu 2016




MAMK

University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

	Opinnäytetyön päivämäärä 17.4.2016
Tekijä(t) Böök Tytti ja Naukkarinen Sonja	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sairaanhoidaja (AMK)
Nimeke Potilasohjaus korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla. Potilasohjeet toimenpidepotilaille.	
Tiivistelmä <p>Nykyään terveydenhuollon yksi tavoitteista on potilaan osallistuminen omaan hoitoonsa. Potilas voimavaraistuu ja sitoutuu hoitoonsa. Tätä periaatetta toteutetaan potilaan riittävällä ohjauksella. Selkeät, näyttöön perustuvat ohjeet ovat osa potilasturvallisuutta. Ne yhtenäistävät henkilökunnan antamaa ohjausta ja tukevat kirurgisen potilaan ohjausprosessin kulkua. Näin myös omaiset saadaan osaksi hoitoketjua.</p> <p>Työn tavoitteena on ennen kaikkea tukea potilasohjauksen toteutumista Savonlinnan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla. Potilasohjeiden tavoitteena on potilaan voimavaraistuminen ja hoitoon sitoutuminen, potilasturvallisuuden lisääminen, komplikaatioiden ehkäiseminen sekä omaisten huomioiminen osana ohjausta.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää toimeksiantotyönä yhtenäiset potilasohjeet Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan potilaille. Yksikön ohjeet päivitettiin ammattikirjallisuuden, tutkimustiedon ja asiantuntijapalautteen pohjalta. Kokosimme nykyaikaiset ja potilasta voimavaraistavat potilasohjeet vastaamaan käyttäjien tarpeita. Teoreettinen tausta koostuu korva-, nenä-, ja kurkkutautien erikoisalalan lähteistä ja potilasohjauksesta, jotka kerättiin monipuolisesti eri lähteistä. Lähteinä käytettiin pääasiassa maksimissaan 10 vuotta vanhoja lähteitä ja internet-lähteissä vain luotettavia julkaisuja.</p> <p>Opinnäytetyö oli tuotekehitysprosessi. Tuotettu materiaali koostuu 12 A4-kokoisesta molemminpuolisesta potilasohjeesta. Ohjeet ovat visuaaliselta ulkoasultaan yhteneväiset ja rakenteeltaan selkeät. Ohjeissa käsitellään sairauden taustaa, toimenpidettä, potilaan selviytymistä toimenpiteen jälkeen ja komplikaatiotilanteita.</p> <p>Sisällöstä on kerätty palautetta poliklinikan työntekijöiltä, näin käyttäjien tarpeet on otettu huomioon. Ohjeita tehtiin tuotekehitysprosessin mukaisesti ja niistä haettiin sekä kirjallista että suullista vapaamuotoista palautetta toimeksiantajalta. Palaute käsitteli sisältöä, ulkoasua ja rakennetta. Saimme kehitys- ja korjausehdotuksia, joiden mukaan ohjeita muokattiin. Tuotetta ei esitettävä potilailla eikä muilla sidosryhmillä.</p> <p>Työstä hyötyvät poliklinikan potilaat, omaiset, henkilöstö sekä sidosryhmät, kuten päiväkirurginen yksikkö ja päivystyspoliklinikka. Jatkotutkimuksena voisi kartoittaa potilaiden kokemuksia ohjeiden toivuudesta ja henkilöstön tyytyväisyyttä esimerkiksi kyselytutkimuksella.</p>	
Asiasanat (avainsanat) Potilasohjaus, voimavaraistaminen, potilasturvallisuus, kirjallinen potilasohje, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, päiväkirurgia, polikliininen hoitotyö, tuotekehitysprosessi	
Sivumäärä 80 sivua/liitteineen 111 sivua	Kieli Suomi
Huomautus (huomautukset liitteistä) 16 liitettä	
Ohjaavan opettajan nimi Dillström, Jaana	Opinnäytetyön toimeksiantaja Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, Savonlinnan keskussairaala, Sosteri

DESCRIPTION

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; margin: 0;">MAMK</div> <div style="font-size: 0.8em; margin: 0;">University of Applied Sciences</div> </div>		Date of the bachelor's thesis 17.4.2014
Author(s) Böök Tytti and Naukkarinen Sonja	Degree programme and option Degree programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis Patient instructions in the ear, nose and throat clinic. Instructions for ENT procedures.		
Abstract <p>Today patients participate in their own health care. The patient is empowered and also commits to his/her own health care. This principle actualizes with sufficient guidance and patient information. Clear, evidence-based guidelines are a part of patient safety. At the same time instructions facilitate the work of nurses and doctors by bringing clear lines to treatment and guidance. Also relatives can be a part of patient care.</p> <p>The aim of the thesis is to support patient guidance in Savonlinna Central Hospital ENT clinic. The instructions will also increase patient safety, prevent complications and allow relatives' attendance.</p> <p>The purpose of this thesis was to develop patient instructions to Savonlinna Central Hospital ENT clinic. We updated existing instructions using professional literature and research. Furthermore, we used old manuals, fresh research material and the staff's feedback to produce compact and up-to-date patient instructions. The theory was collected from sources less than 10 years old. The professionals' feedback played an important role during the process. The theoretical background consists of ear, nose, and throat specialist sources and patient guidance material.</p> <p>The thesis was a product development process. The produced material consists of 12 A4-sized patient instructions. The instructions are visually cohesive and the structure is clear. The instructions contain information on diseases, procedures, post-operative care and complications.</p> <p>Feedback was gathered from the clinic employees to include the wishes of the clinic professionals. The instructions were made following the product development process. From the professionals we got feedback on the contents, layout and structure. We got development and repair suggestions, after which we modified the instructions. The product was not pre-tested by patients.</p> <p>The patients, relatives, staff and interest groups (for example the day surgery unit and emergency unit) will profit from our instructions. Further research could survey the patients' and professionals' experiences on the functionality of the instructions and satisfaction with them.</p>		
Subject headings, (keywords) Guidance, patient instruction, empowerment, patient safety, written patient instruction, ear, nose and throat diseases, day surgery, clinical care, the products development process		
Pages 80 pages/with appendices 111 pages	Language Finnish	
Remarks, notes on appendices 16 appedices		
Tutor Dillström, Jaana	Bachelor's thesis assigned by Savonlinna Central Hospital Ear, Nose and Throat clinic, Sosteri	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	TOIMEKSIANTAJAKUVAUS.....	3
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	4
4	POTILASOHJAUS	4
4.1	Voimavaraistava ohjaus	7
4.2	Hoitoon sitoutuminen	8
4.3	Potilasturvallisuus	9
4.4	Kirurgisen potilaan ohjaus.....	10
4.5	Kirjallinen potilasohje	12
5	KORVA-, NENÄ-, JA KURKKUTAUDIT.....	16
5.1	Korvan alueen toimenpiteet.....	17
5.1.1	Korvan rakenne, toiminta ja terveysongelmat	17
5.1.2	Tärykalvonilmastointiputken laitto eli tympanostomia	18
5.1.3	Tärykalvon rasvapaikkaus	19
5.2	Nenän alueen toimenpiteet	20
5.2.1	Nenän rakenne, toiminta ja terveysongelmat.....	20
5.2.2	Nenän sivuonteloleikkaus tähystimellä eli FESS	23
5.2.3	Nenän sivuontelon radikaalileikkaus eli caldwell-luc	26
5.2.4	Väliseinäleikkaus eli septoplastia	28
5.2.5	Kyyneltieleikkaus eli dacryocystorhinostomia.....	28
5.2.6	Polyyppien poisto eli polypektomia.....	31
5.2.7	Nenäverenvuoto	33
5.3	Kurkun alueen toimenpiteet	34
5.3.1	Kurkun rakenne, toiminta ja terveysongelmat.....	35
5.3.2	Kitarisaleikkaus eli adenotomia.....	35
5.3.3	Nielurisaleikkaus eli tonsillectomia.....	37
5.3.4	Kurkunpäntähystys.....	39
5.3.5	Korvanedussylkirauhasen poistoleikkaus eli parotidectomy	40
6	TUOTEKEHITYSPROSESSI.....	41
6.1	Kehitystarpeen tunnistamisesta ideaan.....	42
6.2	Projektin käynnistäminen	45

6.3	Luonnosteluvaihe	47
6.4	Tuotekehitysvaihe ja prototyyppi.....	51
6.5	Viimeistelystä valmis tuote	53
6.6	Projektin päättäminen.....	54
7	TUOTTEEN ARVIOINTI.....	55
7.1	Ulkoasu.....	56
7.2	Opetuksellisuus	58
7.3	Sisältö	60
7.4	Kieli ja rakenne	63
8	POHDINTA.....	64
8.1	Voimavaraistuminen ja hoitoon sitoutuminen	66
8.2	Potilasturvallisuus	67
8.3	Ohjausprosessin tukeminen.....	68
8.4	Luotettavuus ja eettisyys	69
	LÄHTEET	74

LIITTEET

- 1 Tärykalvon ilmastointiputken laitto
- 2 Tärykalvon rasvapaikkaus
- 3 Nenän sivuonteloleikkaus tähystimellä FESS
- 4 Nenän sivuontelon radikaalileikkaus
- 5 Väliseinäleikkaus
- 6 Kyyneltieleikkaus
- 7 Polyyppien poisto
- 8 Nenäverenvuoto
- 9 Kitarisaleikkaus
- 10 Nielurisaleikkaus
- 11 Kurkunpääntähystys
- 12 Korvanedussylkirauhasen poistoleikkaus
- 13 Saatekirje
- 14 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä
- 15 Lupa aineiston kokoamiseksi
- 16 Kirjallisuuskatsaus

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautienpoliklinikalle päivitetyt potilasohjeet toimenpiteisiin tuleville potilaille. Työ on tuotekehitysprosessi, jossa toteutetaan kirjalliset potilasohjeet perioperatiivisen potilasohjauksen tueksi poliklinikalle. Asiakkaiden tarpeet on otettu huomioon terveysalan ammattilaisten eli poliklinikan työntekijöiden antaman tiedon kautta. (Jämsä & Manninen 2000, 20–21.)

Ohjaaminen terveydenhuollossa on yhä enemmän muuttunut opastamiseksi sekä valmentavaksi tiedon antamiseksi. Tiedon tulva on valtava, ja ohjauksella voidaan auttaa ihmisiä hahmottamaan asioiden oleellinen ydin. Terveysalalla ohjausta säätelevät lakien sekä asetusten lisäksi hoitotyön etiikka, ammattikäytänteet sekä eri suositukset. (Vänskä ym. 2011, 10 - 16.) Myös potilaiden oikeudet saada tietoa hoitoaan koskevista vaihtoehtoista on luonut tarpeen kehittää näyttöön perustuvaa ohjausta. Hoitajien työtä tulisi kehittää ajankohtaiseen tutkimustietoon perustuvaksi. Ohjausta koskevan tiedon tulee olla kriittisesti tarkasteltua ja systemaattisesti yhdisteltyä. (Kyngäs ym. 2007, 62.) Terveys- ja hoitolaissa määritellään, että terveydenhuollon toiminnan on oltava hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin sekä näyttöön perustuvaa. Lain mukaan toiminnan tulee olla turvallista, laadukasta sekä asianmukaisesti toteutettua. (Terveys- ja hoitola 8 / 2010.)

Potilaan ohjauksen tulee olla nykypäivänä järjestelmällistä ja tavoitteellista sekä hyvin suunniteltua ja kehitettyä (Saarela 2013, 2). Potilaan onnistunut ohjaus on myös tärkeä osa potilaan turvallista hoitoa. Potilasturvallisuus nouseekin tässä työssä yhtenä teemana esiin. Nykyään hoitoaikojen lyhentyessä ohjaaminen korostuu entisestään. (Ahonen ym. 2013, 34.) Polikliinisessä hoitotyössä käynnit ovat keskimäärin lyhyitä, joten luonnollisesti kirjallisen ohjauksen tarve korostuu. Nykyään myös ajatellaan, että potilasohjaus perustuu kumppanuuteen, ja tärkeää on ylläpitää potilaan osallistuvaa toimintaa (Jaakonsaari 2009, 9).

Työn tarkoituksena on vahvistaa uudenlaisen ohjaustavan vakiintumista toimeksiantajan päivittäisessä työssä. Tämä myös parantaa potilaiden sitoutumista hoitoonsa ja tekee hoidosta taloudellisesti vaikuttavampaa. Näin saadaan myös omaiset osaksi hoitoketjua. Päivitetyt potilasohjeet toimivat poliklinikan sairaanhoitajan työn apuvälineenä voimavaraistavan ohjauksen tukena. Potilasohjeet toimivat myös perehdyttämisen apuna uusille poliklinikan työntekijöille. Myös sairaalan sidosryhmät hyötyvät niistä.

Työmme tilaajana toimii Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Kiinnostus aiheetta kohtaan heräsi työn tekijöiden harjoittelukokemusten pohjalta. Toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä suoritti kirurgisen harjoittelunsa Savonlinnan keskussairaalan päiväkirurgisella osastolla sekä heräämössä ja toinen korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla.

Toimenpiteet, joihin ohjeistukset tehdään, ovat kitarisaleikkaus (adenotomia), nielisaleikkaus (tonsillectomia), nenän väliseinän leikkaus (septoplastia), nenän sivuonteloiden täyhystysleikkaus (FESS), sivuonteloiden radikaalileikkaus (caldwell-luc), nenäpolyyppien poisto leikkaussaliolosuhteissa (polypektomia), kyyneltieleikkaus (dacryocystorhinostomia) sekä korvanedussylkirauhasenpoistoleikkaus (parotidectomy). Näiden lisäksi teemme potilasohjeen tärykalvonilmastointiputken laittoon, tärykalvon rasvapaikkaukseen, kurkunpääntähystykseen sekä nenäverenvuodon jälkeiseen hoitoon. Nämä toimenpiteet ovat sellaisia, joita Savonlinnan keskussairaalassa tehdään.

Teoriatieto tähän opinnäytetyöhön kerätään tutkimus- ja ammattikirjallisuudesta. Tietoa kerätään myös Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikan toimintatavoista. Toteutamme opinnäytetyön tuotekehitysprosessina. Tuotekehitysprosessista on rajattu pois testaus loppukäyttäjillä, jotta työstä ei tulisi liian laaja.

Opiskelijoina ja ammattiin kasvavina sairaanhoitajina opinnäytetyö antaa valmiuksia tulevalle uralle. Kehittämistyössä toimiminen avaa erinomaisia ammatillisen kehittymisen mahdollisuuksia. Osallisuus siihen vaatii motivaatiota, sitoutumista, yhteistyö-

kykyä, vastavuoroista arvostusta sekä avoimuutta ja ymmärrystä. Se kohentaa sekä yksilöllistä että yhteisöllistä osaamista sekä vahvistaa hoitotyön asiantuntijuutta. (Lipponen 2014, 72 – 73.)

2 TOIMEKSIANTAJAKUVAUS

Työn toimeksiantajana toimii Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka. Savonlinnan keskussairaala on osa Itä-Savon kuntayhtymää eli SOSTERIA. Erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto ja sosiaalihuollon palvelut tuotetaan näin samassa organisaatiossa. Alueen väestöpohjaan kuuluu noin 45 500 asukasta ja jäsenkuntia ovat Enonkoski, Savonlinna, Sulkava ja Rantasalmi, ympäristöterveydenhuollon yhteistyötä tehdään myös Puumalan ja Juvan kanssa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015.)

Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka vastaa Itä-Savon korva-, nenä- ja kurkkupotilaiden erikoissairaanhoidollisesta tutkimuksesta, hoidosta, ohjauksesta ja neuvonnasta. Poliklinikka kehittää yhteistyötä myös avoterveydenhuollon kanssa. (Sosteri 2015.) Poliklinikalla hoidetaan ja tutkitaan erilaisia korva-, nenä- ja sivuonteloiden, nielun sekä kurkunpään alueen sairauksia. Siellä tehdään myös pieniä kirurgisia toimenpiteitä, kuten ihokasvaimien poisto sekä sylkirauhasnäytteiden otto. Hoitoon potilas pääsee ainoastaan lähetteellä. Potilaan hoito sekä tutkimukset järjestetään kiireellisyyden perusteella hoitotakuun puitteissa. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015.) Hoitotakuulla tarkoitetaan erikoissairaanhoidossa sitä, että tutkimukset ja hoito aloitetaan kolmen kuukauden sisällä lähteen saapumisesta. Hoidon tarve on tosin arvioitava kolmen viikon sisällä. (Sosiaali- ja Terveysministeriö 2016.) Myös konsultaatiot tehdään kiireellisyyden mukaan. Poliklinikka huolehtii alueellisesta koulutuksesta, ohjauksesta ja neuvonnasta oman erityisalansa osalta. (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015.)

Sairaanhoitajan tehtäviin korva-, nenä- ja kurkkutautienpoliklinikalla kuuluvat muun muassa preoperatiivinen neuvonta sekä ohjaus ja leikkausjärjestelyt. Päätos potilaan leikkauksesta tehdään poliklinikalla erikoislääkärin toimesta. Potilas käy preoperatiivisella käynnillä poliklinikalla ja usein se on sama käynti, jossa leikkauspäätös teh-

dään. Joskus harvoin erityisriskiryhmään kuuluva potilas kutsutaan vielä erilliselle anestesia­lääkärin käynnille. Potilas menee leikkauspäivänä päiväkirurgiseen yksikköön, jossa toimenpide tehdään. Leikkauksen jälkeen potilas viedään heräämöö­n. Joskus potilas jää osastohoitoon, mutta useimmiten kotiutuu samana päivänä. Leikkauksista suurin osa eli 70 % on päiväkirurgisia toimenpiteitä. Potilaan osastohoidosta vastaa keskussaira­alalla osasto 2A. Poliklinikka huolehtii oman erikoisalansa päivystyspotilaista poliklinikalla arkisin klo 8 - 15, mutta muina aikoina hoidon antaa Savonlinnan keskussairaalan päivystyspoliklinikka. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa tuotekehitysprosessin avulla korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan potilaille päivitetyt, asiantuntijalausuntoihin, hoitokäytäntöihin ja näyttöön perustuvat kirjalliset potilasohjeet kahteentoista eri toimenpiteeseen. Toimenpiteistä kymmenen tehdään leikkaussaliolosuhteissa.

Potilasohjeiden tavoitteena on tukea potilaan voimavaraistumista, potilaan ja hoitohenkilökunnan välistä valmennussuhdetta ja ohjauksen onnistumista, vähentää hoidosta johtuvia komplikaatioita, parantaa potilasturvallisuutta ja edistää potilaiden toipumista sekä huomioida omaiset. Koko prosessin tavoitteena on myös tukea potilasohjausprosessia ja sen yhtenäisyyttä korva-, nenä-, kurkkutautien erikoisalan potilaan kirurgisen hoitopolun varrella. Potilasohjeet toimivat myös poliklinikan sairaanhoitajien ohjaamisen sekä perehdyttämisen tukena.

4 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus on keskeisin osa opinnäytetyötä. Nykykäsityksen mukaan ohjauksella pyritään edistämään potilaan aloitteellisuutta, osallistumista omaan hoitoonsa sekä kykyä parantaa elämäänsä. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallista. Ohjaus on määritelty kirjallisuudessa monin tavoin, joskus siitä käytetään koulutuksen, valmennuk-

sen tai kasvatuksen termejä. Tässä työssä määritellään ohjaus seuraavalla tavalla: ohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan toimintaan tai johdattamaan häntä tavoitteeseen. Ohjaus voidaan määrittää potilaan ja hoitajan tavoitteelliseksi ja aktiiviseksi toiminnaksi, joka rakentuu heidän taustatekijöidensä mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 25.)

Potilasohjausta voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta. Yhteenvedoa jokaisen toimijan osalta on tehnyt muun muassa Eloranta ym. (2015) tuoreessa tutkimuksessaan, jossa ortopedisen potilaan potilasohjausta on analysoitu sekä potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Omaan työhömmme halusimme sisältää jokaisen toimijan näkökulmasta mietittyjä tarpeita.

Potilasohjauksessa omaisten mukaan ottaminen osaksi hoitoa on tätä päivää. Klemetti (2010) on tutkinut ohjauksen onnistumista omaisten eli tässä tapauksessa vanhempien näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa korostuu omaisten merkitys potilaan hoidossa ja ohjauksen suunnittelussa. On todettu, että potilasohjauksessa tulisi panostaa läheisyhteistyöhön ja ottaa omaiset osaksi potilaan hoitoa sekä nähdä heidät voimavarana. Heidän kutsumisensa ohjaustapaamisiin olisi hoidon jatkuvuuden kannalta tärkeää. Esimerkiksi tulo- ja kotiutusvaiheessa on mahdollisuus ottaa omaiset mukaan ohjaukseen. (Eloranta ym. 2015, 21.) Kirurgista potilasta tulisi ohjata käyttämään enemmän vertaistukea sekä huomioida myös omaisten ohjaaminen (Lipponen 2014, 71–72).

Saarela (2013) on puolestaan nostanut esiin ohjauksen asiantuntijasairaanhoitajan kannalta, hän käsittelee mielenkiintoisella tavalla myös nykyaikaista potilasohjausta. Siinä nostetaan esiin vuorovaikutteisuus, suunnitelmallisuus ja potilaan elämän tilanteen selvittäminen. Elämäntilannetta voi hoitaja selvittää ohjauskäynnillä ja täydentää potilaan tiedontarpeita suullisella ohjauksella. Kirjallisessa ohjeessa elämäntilanteen huomioiminen on luonnollisesti hankalampaa, koska kirjallinen ohje on jokaiselle sama. Yksilöllisyys korostuu suullisessa ohjauksessa.

Grahnin (2014) mukaan esimerkiksi sairaanhoitajalla on lain sekä ammattietiikan velvoittama vastuu antaa potilaalle riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Vastuun ohella terveydenhuollon henkilöllä on myös valta. Sitä tulisikin

käyttää eettisesti kestäväällä tavalla antamalla potilaalle mahdollisuus tulla osalliseksi omien arvojensa mukaisiin, tietoihin hoitopäätöksiin terveytensä suhteen. (Grahni 2014, 51). Tiedon antamisessa tulisi siis pyrkiä oikeanmukaiseen ja rehelliseen tapaan. Potilaalla on oikeus kuulla myös mahdollisista komplikaatioista ja ongelmista.

Sekä potilaan että terveydenhoitoalan ammattihenkilön taustalla on merkitystä siihen, kuinka ohjaus onnistuu. Esimerkiksi Palokoski (2007) on selvittänyt omassa tutkimuksessaan, miten potilaiden saama ohjaus on tukenut heidän toipumistaan ja selviytymistä kotona toimenpiteen jälkeen. Palokosken tutkimuskin korostaa potilaan elämäntilanteen huomioimista ohjauksessa. Potilasryhmästä riippumatta potilaat hyötyvät ohjauksesta, joka rakentuu heidän esittämiinsä tiedontarpeisiin ja aikaisempiin tietoihin ohjattavasta asiasta (Lipponen 2014, 61). Lipponen (2014) mukaan myös hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten ikä, työkokemus ja asenteet olivat yhteydessä potilaslähtöisyyden toteutumiseen. Tämä ei ole mahdollista kirjallisessa ohjauksessa, mutta suullisessa ohjaustilanteessa voi hoitaja oppia tuntemaan potilaansa ja mukauttaa ohjauksensa tämän henkilökohtaisten ominaisuuksien ja tarpeiden mukaiseksi. Kirjallinen ohje ja selkeä ohjausrunko puolestaan vähentävät hoitajan omien taustatekijöiden vaikutusta ohjaukseen.

Kiinnostavan seikan nosti esiin Lipponen (2014) väitöskirjassaan "*Potilasohjauksen toimintaedellytykset*". Tutkimuksessa tuli esiin, että hoitohenkilöstö ei pitänyt tieteellistä tutkimustietoa erityisen merkittävänä tiedon lähteenä toteuttamassaan ohjauksessa, vaan potilasohjauksessa käytetty tieto perustui työkokemukseen tai pohjakoulutukseen. On siis tärkeää tuoda tutkittua tietoa osaksi arkipäivää. Sairaanhoidajan tulisi vahvistaa tietojaan eritoten potilaiden toipumisajasta, hoitovaihtoehtoista sekä kuntoutusvaihtoehtoista. (Lipponen 2014, 71–72.) On tutkittu, että potilaan osallisuutta ja asiakaslähtöistä toimintaa edistävät henkilökunnan arvot ja asenteet. Esimerkiksi sairaanhoitaja voi omalla toiminnallaan osoittaa pitävänsä antamaansa potilasohjetta tärkeänä ottaessaan sen mukaan ohjaamistilanteeseen. Tällä tavoin hän myös viestii potilaan ja tämän tilanteen olevan tärkeä. (Grahni 2014, 58 - 59.) Laadukas ohjaus edellyttää riittävästi aikaa ja myönteistä asennetta hoitohenkilökunnalta. Kirjallista ohjausmateriaalia tulisi antaa jokaiselle potilaalle ja yhdistää se suulliseen. (Kääriäinen 2007, 134).

4.1 Voimavaraistava ohjaus

Ohjauksella pyritään potilaan voimaantumiseen ja voimavaraistumiseen. Voimaantumisella (empowerment) tarkoitetaan täysivaltaiseksi ja kykeneväiseksi tulemistä, se lisää yksilön kykyä vaikuttaa omaan elämäänsä. Se on henkilökohtainen prosessi, joka muotoutuu vuorovaikutuksessa muiden kanssa ja sen tavoitteena on sisäisen voimaantumisen herääminen. Se auttaa hoitoon liittyvien tilanteiden jäsentämisessä sekä ratkaisujen tekemisessä. Voimavaraistuminen on osa hoitoon sitoutumisen ajattelua ja ohjauksen lähtökohta. Sairaanhoidaja voi tukea ja ohjata potilasta siten, että potilas kykenee tekemään tietoisia päätöksiä hoitoonsa liittyvissä asioissa ja saavuttaa omat tavoitteensa. Asiakkaan sisäiset tekijät muodostavat yhdessä ulkoisten tekijöiden kanssa voimaantumisen tunteen, joka puolestaan saa aikaan hoitoon sitoutumisen. Sitoutuminen hoitoon mahdollistaa hyvän hoitotuloksen, kuten onnistunut leikkaus. (Kynä & Hentinen 2008, 59 - 61.)

Voimavaraistavuutta voidaan tarkastella kuudelta eri näkökannalta, esimerkiksi muokailen Elorannan ym. tutkimuksia vuosilta 2014 ja 2015. Eloranta on käyttänyt tutkimuksessaan strukturoitua Sairaalapotilaan Tiedon Saanti-mittaria (SPTS, Leino, Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Nämä seuraavaksi käsitellyt näkökulmat tulisi ottaa huomioon voimavaraistavassa ohjaamisessa.

Ensimmäinen eli biofysiologinen ulottuvuus pitää sisällään itse sairauden ja sen hoitomuodot, lääkehoidon, tutkimukset sekä hoitotoimenpiteet (Eloranta ym. 2014a, 4 - 11). Potilaan tulisi tunnistaa ohjauksen avulla sairautensa oireet, tutkimuksiin liittyvät asiat, hoitovaihtoehdot, mahdolliset komplikaatiotilanteet sekä kyetä estämään niitä. (Eloranta ym. 2015, 17).

Toiminnallisella ulottuvuudella tarkoitetaan toimenpiteen vaikutusta potilaan arkeen. Se pitää sisällään esimerkiksi sen, milloin potilas ottaa yhteyttä ongelmien ilmetessä, millaisia muutoksia toimenpide aiheuttaa potilaan jokapäiväiseen elämään, kuten ruokailuun, infektioiden ehkäisyyn ja vapaa-aikaan. (Eloranta ym. 2014a, 8.) Toiminnalliseen ulottuvuuteen sisältyy lisäksi tietoa potilaan liikkumisesta, levosta, peseytymisestä, eritystoiminnasta, kotona tapahtuvista järjestelyistä sekä mahdollisista apuvälineistä (Eloranta ym. 2015, 17).

Kokemuksellinen ulottuvuus sisältää sairauden aiheuttamat tunteet ja sen, kenen kanssa potilas on valmis niistä keskustelemaan (Eloranta ym. 2014a, 8). Siihen sisältyvät myös aikaisemmat sairaalakokemukset (Eloranta ym. 2015, 17).

Sosiaalinen ulottuvuus on puolestaan sitä, kuinka potilaan läheiset osallistuvat hoitoon. Se käsittää myös sen, että millaiset kotihoito-ohjeet ovat ja minkälaisia eri tiedonlähteitä potilaalla on käytössään. (Eloranta ym. 2014a, 8.)

Eettiseen ulottuvuuteen kuuluu potilaan vastuu hoidon onnistumisesta ja potilaan toiveiden esille tuomisen turvaaminen (Eloranta ym. 2014a, 8). Siinä yhdistyvät potilaan oikeudet sekä vastuut (Eloranta ym. 2015, 17).

Hoidon kustannukset kuuluvat taloudelliseen ulottuvuuteen (Eloranta ym. 2014a, 8). Siihen sisältyvät sairauspäivärahat, vakuutusasiat, jatkohoidon kustannukset sekä lääkehoidon kustannukset (Eloranta ym. 2015, 18.)

4.2 Hoitoon sitoutuminen

Onnistuneen ohjauksen ja voimavaraistumisen tavoitteena on potilaan sitoutuminen hoitoon. Myös tässä tuotekehitystyössä tehtävien potilasohjeiden on tarkoitus edesauttaa potilaan sitoutumista hoitoonsa. Hoitoon sitoutuminen (adherence) on terveydenhoitoalan ilmiönä vanha ja paljon tutkittu. Aika on vaikuttanut sen käsitteen muuttumiseen. Yksi erinomainen määritelmä on kuvattu seuraavasti "*Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuollon henkilöstön kanssa.*" Se siis perustuu rehellisyyteen, luottamukseen ja tasavertaisuuteen. (Kyngäs & Hentinen 2008, 16–17.)

Omahoidolla puolestaan tarkoitetaan sitä, että potilas on itse aktiivinen toimija hoitonsa suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Onnistuneella omahoidolla vähennetään potilaan tarvetta hakeutua terveydenhuollon pariin. (Ahonen ym. 2013, 36.) Nämä seikat tukevat sitä, että hyvä ohjaus on myös kustannustehokasta ja vaikuttavaa. Käynnit terveydenhuollon yksiköissä vähenevät, koska ongelmia ennaltaehkäistään.

Tämä heijastuu potilasohjauksen onnistuessa korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle sekä myös päivystyspoliklinikalle.

4.3 Potilasturvallisuus

Yksi työn keskeisistä käsitteistä on potilasturvallisuus. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan terveydenhuollon yksiköiden ja organisaatioiden toimintaa ja periaatteita, joiden päämääränä on hoidon turvallisuus ja potilaan suojaaminen vahingoittumiselta. Tällä tavoin potilas saa oikeanlaista ja oikea-aikaista hoitoa. Inhimillisten virheiden ehkäisy on osa potilasturvallisuutta. Kokonaisuudessaan potilasturvallisuuteen kuuluvia osia ovat hoidon turvallisuus, lääkehoidon turvallisuus sekä laiteturvallisuus, joka käsittää kaikki lääkinnälliset laitteet. Vaaratapahtuma ei suoraan tarkoita tilannetta, jossa potilaalle aiheutuu haittaa. Vaaratapahtumiin kuuluu myös läheltä piti-tilanteita, jolloin turvallisuushäiriö havaitaan ajoissa eikä varsinaista haittatapahtumaa ehdi ilmetä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Uskomme, että toimiva ja yhtenäinen potilasohjaus ja potilasohje ehkäisevät ennen kaikkea inhimillisiä virheitä, kuten unohduksia. Potilas saa oikeanlaista luotettavaa tietoa esimerkiksi sairaudestaan, lääkityksestä ja hoidosta. Potilas saa myös oikean aikaista hoitoa vaivaansa, kun osaa itse tunnistaa ongelman jo alkuvaiheessa.

Arifulla (2012) on nostanut tutkimuksessaan esiin infektioiden torjunnan sekä potilasturvallisuuden näkökulmat. Opinnäytetyömme yhden tavoitteen eli potilasturvallisuuden parantamisen vuoksi tämä tutkimus antoi meille hyviä ideoita toteutuksen suhteen. Haluamme nostaa potilasohjeissa esiin komplikaatiotilanteita, joita potilaalle voi tulla toipumisen aikana. Postoperatiiviset infektiot ovat Suomessa yllättävän yleisiä, eri tutkimusten mukaan niitä esiintyy 4 - 15 prosentissa toimenpiteitä. Niiden vakavuus vaihtelee lievästä jopa henkeä uhkaavaan infektiin. (Rantala 2010, 204.)

Potilas voi ohjeen avulla havaita itse huolestuttavat merkit leikatulla alueella ja ottaa mahdollisimman pian yhteyttä hoitavaan tahoon. Näin ollen potilasturvallisuus paranee. Tulehduksella eli inflammatiolla tarkoitetaan verisuonittuneiden kudosten reagoitapaa joko biologiseen, kemialliseen, fysikaaliseen, kemialliseen vaurioon. Inflammation seurauksena verenvirtaus lisääntyy, verisuonten seinämien läpäisevyys kasvaa, tulehdussolut etsiytyvät paikalle ja immunologiset puolustusmekanismit

käynnistyvät. Kliinisinä oireina esiintyvät punoitus, turvotus, kuumeitus ja kipu. (Terveyskirjasto 2016).

4.4 Kirurgisen potilaan ohjaus

Kirurgisen potilaan hoitoajat ovat lyhentyneet ja yhä useampi toimenpide on päiväkirurginen. Potilasohjauksen merkitys on korostunut tämänkin vuoksi. Potilaiden tarve saada tietoa ja ohjausta leikkaukseen valmistumista varten ja sen jälkeisestä ajasta selviytyäkseen on kasvanut. (Virtanen ym. 2007, 34–35.)

Ohjausmateriaalin käytön tarpeellisuus nousee usein esiin tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt (Kyngäs ym. 2007, 124). Savonlinnan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla on päivittäin noin 8 asiakaskäyntiä, joista muutama voi johtaa leikkauspäätökseen. Potilaskohtainen aika on noin 30 minuuttia. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Suullista ohjausta on siis syytä, näin lyhyen käynnin vuoksi, tukea kirjallisella materiaalilla.

Kirurgisen potilaan hoitopolku lähtee liikkeelle, kun potilas havaitsee jonkin vaivan, jonka vuoksi hän hakeutuu terveydenhuollon pariin. Hän hakeutuu hoitoon joko julkisen tai yksityisen terveydenhuollon piiriin, josta saa lähetteen erikoissairaanhoidon kirurgian ajanvarauspoliklinikalle. Siellä tehdään leikkauspäätös ja asetetaan potilas leikkausjonoon. Jonkin ajan kuluttua potilas kutsutaan toimenpiteeseen. Usein potilaalle järjestetään myös preoperatiivinen käynti. Potilas saapuu joko toimenpidettä edeltävänä iltana osastolle tai samana aamuna leikkaukseen. Toimenpiteen jälkeen potilas siirtyy jatkohoitoon joko osastolle tai kotiin. Potilaan polku päättyy jälkitarkastukseen, jonka jälkeen vaivan tulisi olla parantunut. (Lukkari ym. 2007, 20–22.) Ohjauksen tulisi olla läsnä polun jokaisessa vaiheessa.

Hyvän ohjaamisen elementteihin kuuluu se, että on selvítettävä, mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulee tietää, mitä hän haluaa tietää ja mikä on hänelle paras tapa omaksua asioita. Kun potilaalla on tarpeeksi tietoa, hän pystyy arvioimaan omaa hoitoaan ja ottamaan siihen kantaa. Sairaanhoidajan tulee ottaa huomioon potilaan taustat ja pyrkiä luomaan hyvä vuorovaikutussuhde. Hoitajan tulee osoittaa kiinnostusta, suhtautua potilaaseen lämmöllä, hyväksyvällä otteella, rohkaisevasti ja luottamuksellisesti. Potilaan tulee voida luottaa hoitajaan ja kokea olonsa turvalliseksi. Hyvä ohjaussuhde syn-

tyy halusta työskennellä yhdessä yhteisten odotusten mukaisesti ja uskoa mahdollisuuksiin. (Kyngäs 2007, 48.)

Kirurgisen potilaan oppimistarpeita on määritellyt Virtanen ym. (2007). Tutkimuksessa on selvitetty, miten kirurgisen potilaan yksilöllisiä oppimistarpeita voitaisiin tarkastella tasapuolisesti biofysiologiselta, toiminnalliselta, kokemukselliselta, sosiaalisyhteisölliseltä, eettiseltä sekä taloudelliselta selviytymisalueelta. Näiden osa-alueiden huomioinnilla voitaisiin kehittää kirurgisen potilaan ohjausta sairauslähtöisestä potilaan tarpeisiin perustuvaksi ohjaukseksi, joka tukee kokonaisvaltaista selviytymistä. (Virtanen ym. 2007, 44–46.) Näitä samoja näkökulmia sisältyy voimavaraistavaan ohjaukseen (Eloranta ym. 2015).

Heino (2005) kuvailee väitöskirjassaan päiväkirurgisen potilaan ohjaamisen mallia, jossa ohjauksen tavoitteena on potilaan tiedonsaanti, turvallisuuden tunteen vahvistaminen sekä tukeminen. Se nostaa esiin sairauden, potilaan valmistautumisen toimenpiteeseen, hoidon ja kotihoidon. Tavoitteena on yksilöllinen ohjaus, joka tähtää toipumiseen. (Heino 2005, 104–106.) Sairaanhoitaja ohjaa potilasta usein juurikin toimenpiteeseen, jotka vaativat potilaalta sekä valmistautumista, että jälkihoitoa. Huomioitavaa on, että toimenpiteiden hyöty menetetään, jos potilas ei kuntoudu ja toivu toivotulla tavalla. (Ahonen ym. 2013, 35.)

Potilasohjauksen suunnittelussa tulisikin ottaa huomioon kirjallisen ohjausmateriaalin merkitys hoitotyössä (Grahni 2014, 58). Kirjallinen ohjaus on oleellinen osa poliklinistä potilaan ohjausta ja yhdessä hoitosuunnitelman sekä suullisen ohjauksen kanssa ne muodostavat mielekkään ja eheän kokonaisuuden (Ahonen ym. 2013, 36). Kirjallisella ohjausmateriaalilla potilaalle välitetään tietoa hoitoon liittyvistä seikoista. Tämä voidaan tehdä jo ennakoon. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Kirjallinen ohje tulisi antaa potilaalle oikeaan aikaan ja sopivassa paikassa (Kyngäs ym. 2007, 125). Potilaat saavat KNK-poliklinikalla kirjallisen ohjeen preoperatiivisen ohjauskäynnin yhteydessä (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016). Tämä onkin järkevää, koska tietolähteeksi leikkausta varten annettava ohje on hyvä antaa juuri poliklinikkakäynnin yhteydessä, tai vaihtoehtoisesti lähettää se hänelle kotiin (Kyngäs ym. 2007, 125). Oikein ajoitettu preoperatiivinen ohjaus edesauttaa toimenpi-

teeseen valmistautumista (Heino 2005, 99). Ohjausta tulisi erityisesti ajoittaa aikaan ennen sairaalaan saapumista (Kääriäinen 2007, 134).

Saamistaan kirjallisista hoito-ohjeista keskustelee terveydenhuoltohenkilökunnan kanssa noin puolet päiväkirurgisista potilaista (Heino 2005, 103). Kirjallisen materiaalin tulisi tukea ohjauskeskustelussa läpi käytäviä asioita. Yhdistämällä ohjaukseen sekä näkö-, että kuuloaisti saadaan asiakas muistamaan ohjauksen sisältö. (Kygäs ym. 2007, 73.)

Ohjauksessa on huomioitava, että potilas unohtaa suurimman osan hänelle kerrotusta. Mitä enemmän hänelle kerrotaan, sitä enemmän hän unohtaa. Ensiksi kerrotut ja potilaan tärkeäksi kokemat asiat muistetaan parhaiten. Ohjeet puolestaan unohtuvat helpommin kuin diagnoosi. Mitä enemmän potilas tietää entuudestaan aiheesta, esimerkiksi kirurgisesta toimenpiteestä, sitä paremmin hän muistaa saamansa ohjauksen sisällön. Myös ahdistuneet ja pelokkaat potilaat painavat asiat mieleensä tarkemmin. (Kygäs ym. 2007, 74.) Akuutissa tilanteessa sairaanhoitajan tulee hahmottaa, millaista tietoa potilas on valmis vastaanottamaan ja mitä on järkevää siirtää myöhemmäksi (Ahonen ym. 2013, 34).

Myöhemmin annettava tieto voi olla saatavilla potilaalle kirjallisessa ohjeessa, jonka esimerkiksi hän saa mukaansa tai se lähetetään hänelle kotiin. Leikkaukseen tuleva potilas voi myöhemmin, esimerkiksi poliklinikkakäynnin jälkeen kotonaan, tukeutua kirjalliseen potilasohjeeseen. Näin ollen hän kykenee paremmin valmistautumaan leikkaukseen sekä kuntoutumaan nopeammin kotona leikkauksen jälkeen toimintakykyiseksi. (Grah 2014, 58.)

4.5 Kirjallinen potilasohje

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan esimerkiksi kirjallisia potilasohjeita. Ne voivat olla yhden sivun mittaisia lehtisiä tai useampisivuisia oppaita. Yksi tärkeä käyttöalue ovat kotiutusohjeet. (Kygäs ym. 2007, 125.) Potilaat etsivät nykypäivänä tietoa aktiivisesti itse, mutta eivät välttämättä kriittisesti ja oikeista lähteistä (Ahonen ym. 2013, 36). Ohjauksella ohjataan potilas luotettavien tietolähteiden pariin, kuten potilasohje itsessään, Käypä Hoito - suosituksiin, Terveyskirjastoon tai Kansalaisen Terveysporttiin.

Kirjallisen potilasohjeen ominaisuudet on esitellyt Salanterä (2005) tutkimuksessaan ”*Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjeiden arviointi*”. Siinä käsitellään ohjauksen ominaisuudet neljästä näkökulmasta: ulkoasun, opetuksellisuuden, sisällön ja kielen ja rakenteen osalta. Ulkoasultaan tekstin on oltava luettavaa, virheetöntä, asianmukaisesti otsikoitua, fontiltaan ja kooltaan sopivaa ja tärkeitä asioita korostavaa. Opetuksellisuutta on se, että sisältö on esitelty pääkohdittain, ohjeessa on kerrottu hoitavan tahon yhteystiedot, mitä potilaan tulee tehdä ja miten hoitoa seurataan. Ohjeesta tulee esiin kenelle se on tarkoitettu ja mikä sen tarkoitus on. Sisältöä potilasohjeessa tulee olla monelta eri elämänalueelta. (Salanterä ym 2005, 223.) Tässä luvussa käymme läpi näitä Salanterän (2005) esittämiä neljän näkökulman asioita, joita aiomme sisällyttää omiin potilasohjeisiimme. Olemme etsineet tietoa lisäksi myös muista lähteistä siitä, millainen potilasohjeen tulisi tänä päivänä olla.

Ohjeen tulee olla kirjoitettu potilaalle **selkeästi ja yleiskielisesti** (Hyvärinen 2005, 1769). On tutkittu, että usein ohjeet on kirjoitettu liian vaikeasti, jolloin potilas ei tavoita ohjeen keskeistä sanomaa. Liian laajasti ja yleisesti kerrottu asia ei avaudu potilaalle. Pahimmillaan huonosti tehty kirjallinen ohje heikentää myös suullisen ohjauksen vaikuttavuutta. Potilasohje ei saa olla vaikeaselkoinen, vaan sen sisällön tulee olla sekä sisällöltään että ulkoasultaan ymmärrettävää. Hyvin suunniteltu ja tehokas kirjallinen ohje auttaa potilasta sairautensa tuntemisessa ja itseopiskelussa. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Kielen ja rakenteen on oltava lyhyttä, **yksinkertaista, johdonmukaista, neuvovaa**, maallikolle kirjoitettua ja **aktiivimuotoista** (Salanterä ym 2005, 223). Lääketieteelliset termit tulee avata ja ammattislangia on syytä välttää. Kysyvällä otsikoinnilla ohjeen luettavuutta ja kiinnostavuutta voidaan lisätä. Luetteloita voidaan käyttää keventämään raskasta tekstiä, kappalejaot myös jäsentävät pitkää tekstiä. Ohjeen lauserakenteiden tulee olla selkeitä. (Hyvärinen 2005, 1770–1772.) Sanojen ja virkkeiden tulee olla melko lyhyitä ja käytettävien termien tuttuja, konkreettisia ja yksiselitteisiä (Kyngäs ym. 2007, 127).

Ymmärrettävässä ja hyvässä kirjallisessa ohjeessa on **selkeästi luettava kirjaintyyyppi**, riittävän iso kirjasin koko (vähintään koko 12) ja teksti on aseteltu selkeästi (Kyngäs ym. 2007, 127). Samat kriteerit ulkoasulle on asettanut myös Salanterä ym.

(2005). Joskus kirjallisen ohjeen sisältöä voidaan avata ja **havainnollistaa** kuvien tai kaavioiden avulla. Tärkeitä asioita voidaan korostaa alleviivauksin tai muiden tehostuskeinojen avulla. Rakenteellisesti tekstissä olisi hyvä esittää vain yksi asia kappaletta kohden ja pääasian asiasisältö tulisi selvittää jo ensimmäisestä virkkeestä. (Kyngäs 2007, 127.) Grahnin (2014) tutkimuksessa nousee esiin potilasohjeen laatua arvioiva mittari. Siinä on nostettu esiin myös erityisryhmät, kuten muistisairaat ja vanhukset. Potilasohjauksessa onkin aina pyrittävä huomioimaan erilaiset asiakasryhmät.

Toimivan potilasohjeen tavoitteet ovat **juonirakenteeltaan luonteva ja jäsenneily**. Asiat esitetään potilaan kannalta tärkeysjärjestyksessä, onko se sitten aikajärjestys vai jokin muu, on oleellinen ratkaistava asia. Järjestystä mietittäessä on huomioitava se, että minkälaisessa tilanteessa ohjetta luetaan ja mitä sillä halutaan saada aikaan. Sisällön tulee olla ymmärrettävää ja kannustaa toimintaan. (Hyvärinen 2005, 1769.) Esimerkiksi leikkauspotilaan ohjeessa tämä voi tarkoittaa sitä, että ohjeessa on ensin kerrottu sairauden taustaa ja syy eli miksi potilas leikataan. Sen jälkeen voidaan siirtyä kuvaamaan itse toimenpiteeseen saapumista ja toimenpiteen sisältöä ja lopuksi paneudutaan jälkihoitoon ja kotihoito-ohjeisiin. Potilaalle on hyvä antaa aika omaksua ohjeen sisältö. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Selkeä ja ymmärrettävä ohje kertoo heti **otsikoinnissaan**, kenelle se on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Hyvässä ohjeessa kuvataan selkeäsanaisesti potilaan toivottu käyttäytyminen. Ohjeen tulee kertoa, miten potilaan tulee toimia, jotta tavoite saavutetaan. Tärkeää on myös kertoa, kuinka hoidon onnistumisen seuranta voidaan toteuttaa. Yhteydenotoista ja lisätiedoista on hyvä informoida potilasta. Ohjeessa tulisi käsitellä potilaan vaivan ja sen hoidon lisäksi hoidon tai sairauden vaikutusta asiakkaan mielialaan tai sosiaalisiin suhteisiin. (Kyngäs ym. 2007, 125.) Hyvässä ohjeessa perustellaan. Pelkkä neuvominen ei suinkaan riitä, sillä perusteltua ohjetta noudatetaan paremmin. Kiellot ahdistavat potilasta ja tekevät ohjeen noudattamisesta vaivalloista. Esiin nostetut hyödyt sen sijaan motivoivat toimimaan. (Hyvärinen 2005, 1770 - 1772.)

Ohjauksen tulee kaiken kaikkiaan olla **tavoitteellista**. Hyvän tavoitteen tunnusomaisia piirteitä on esimerkiksi se, että tavoite on muotoiltu positiiviseksi. Hyvä tavoite on selkeä ja yksinkertainen. Tavoitteiden määrän tulee olla kohtuullinen sekä itse tavoitteen prosessinomaisesti etenevä. Sen tulee kytkeytyä tilanteeseen ja olla aikaan sidot-

tu. Erilaiset aikajaksot, esimerkiksi milloin oireiden tulisi hävitä jos toipuminen etenee normaalisti, tulisi selvittää ohjeesta. Tavoitteen saavuttamista on kyettävä seuraamaan sekä arvioimaan (Kyn­gäs ym. 2007, 78.) Jos ohjauksen tavoitteeksi olisi asetettu onnistunut toimenpide ja siitä toipuminen voidaan sitä selvittää vaikkapa jälkikontrolli­käynnin avulla viikon kuluttua.

Kirjallisen ohjeen tulee erityisesti olla **laadukas**, koska huonosti ymmärrettynä se voi jopa lisätä potilaan pelkoja ja ahdistusta. Kirjallisen ohjeen tulisi olla potilaan yksilöl­listen tietojen ja tarpeiden mukainen. He tarvitsevat tietoa eritoten sairaudestaan, sen hoidosta, lääkityksestä sekä komplikaatioista. Sairauteen voi liittyä epävarmuutta. Myös sairauden eteneminen ja mahdollinen uusiutuminen mietityttävät monia. (Kyn­gäs ym. 2007, 124–125.) Uudemmatkin tutkimukset puhuvat sen puolesta, että potilaat itse pitävät tärkeänä tietoa sairaudesta, sen hoidosta, mahdollisista komplikaatioista, lääkehoidosta, toimenpiteeseen liittyvistä toiminnoista, omahoidosta ja kuntoutumisen onnistumisesta sekä vapaa-ajasta (Ahonen ym. 2013, 35). Potilaat tarvitsevat lisäksi ohjausta erityisesti haavanhoidon tarkkailuun sekä kivun hoitoon liittyvissä asioissa. Ne olivat yleisimpiä yhteydenoton aiheita hoitavaan tahoon kirurgisella potilaalla eräässä tutkimuksessa. (Palokoski 2007, 2.) Ohjauksen rooli on merkityksellinen myös sekä hoitoon liittyvien infektioiden torjunnassa että potilasturvallisuuden parantami­nessa (Arifulla 2012, 64).

Grahnin (2014) tutkimus käsittelee potilasohjeita potilaiden positiosta. Tutkimuksessa käydään myös läpi laajasti hyvän kirjallisen ohjeen kriteereitä. Tämän tutkimuksen mukaan potilaat kokivat, että ohjeissa ei huomioitu esimerkiksi mahdollisia kompli­kaatioita tai kotona eteen tulevia arjen hankaluuksia. (Grahn 2014, 48). Potilasohjeen tulisikin tukea ennen kaikkea potilaan kotona selviytymistä. Ohjeesta tulee selvittää, miten hänen tulee esimerkiksi toimia, jotta oireet lievittyvät (Hyvärinen 2005, 1769). Potilas tarvitsee tietoa kivusta, sen arvioinnista ja hoidosta. Potilasohjaus vähentää leikkaukseen liittyvää pelkoa ja ahdistusta, lisää kivun hallintakeinoja sekä edesauttaa potilaan toipumista ja tyytyväisyyttä. Potilaan kivun hoidon jatkuvuus on turvattava toimenpiteen ja kotiutumisen jälkeen. (Salanterä ym. 2013, 24.)

5 KORVA-, NENÄ-, JA KURKKUTAUDIT

Tässä opinnäytetyössä toimenpiteet on jaettu korvan, nenän ja kurkun alueen toimenpiteisiin. Jokaisessa kohdassa olemme avanneet keskeisiä anatomian rakenteita, alueen toimintaa ja siihen liittyviä yleisimpiä terveysongelmia sekä tutkimuksia. Tässä opinnäytetyössä käsitellään yhteensä kahtatoista (12) toimenpidettä. Muitakin tämän erityisalan toimenpiteitä on, mutta tässä työssä on käsitelty vain Savonlinnan keskussairaalaissa toteutuvia. Jokaisen toimenpiteen kohdalla kuvailemme sairauden taustaa, sen hoitoa, leikkausaiheita, toimenpiteen yksityiskohtia sekä toipumiseen liittyviä seikkoja. Tässä kerrottavia asioita olemme käyttäneet potilasohjeidemme taustatietona.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joilla on korvan, nenän, sivuonteloiden, suun, nielun, kurkunpään tai kaulan alueen ongelmia. Yleisiä tapauksia ovat polikliinisesti hoidettavat eriaisteiset kuulon alenemat ja välikorvatulehdukset. Leikkaustoimenpiteistä tavallisimpia ovat nielu- ja kitarisaleikkaukset sekä ilmastointiputkien laitot. (HUS 2016.) Opinnäytetyössämme korva- nenä- kurkkutautien poliklinikalla tarkoitetaan poliklinikkaa, jossa keskitytään korvan, nenän ja kurkun alueen leikkausten ja toimenpiteiden preoperatiiviseen ohjaamiseen ja neuvontaan. Opinnäytetyössä käytetään termiä korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, koska SOSTERI eli Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä käyttää tätä termiä. Lisäksi käytetään lyhennettä KNK. (Sosteri 2015.)

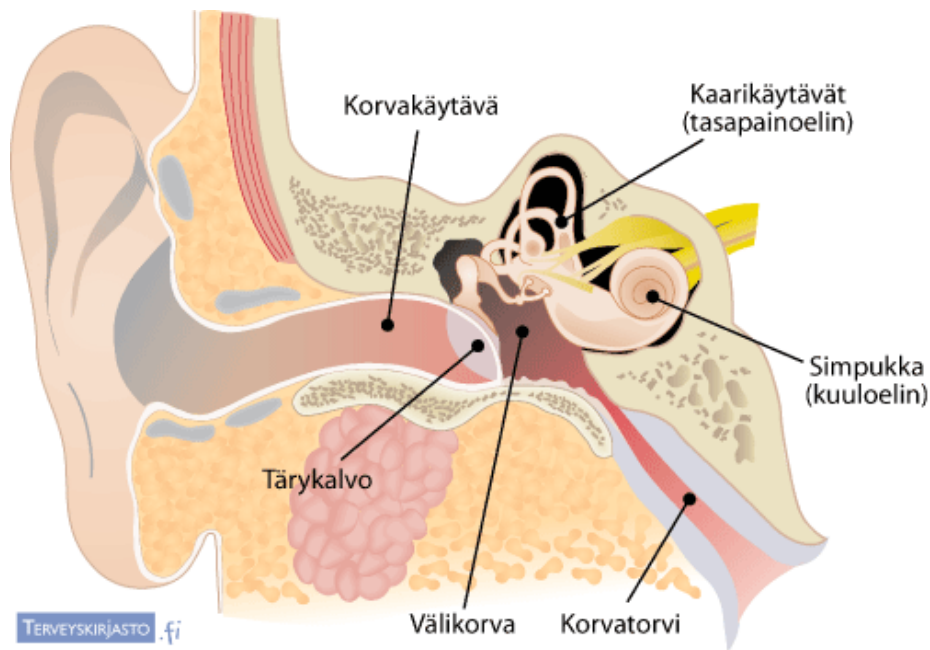
Poliklinikalta koordinoidaan opinnäytetyömme kannalta olennaisia päiväkirurgisia ja leiko-operaatioita sekä tehdään polikliinisiä toimenpiteitä. Savonlinnassa KNK-leikkauksista noin 70 prosenttia on päiväkirurgisia. (Sosteri 2015.) Tämä tarkoittaa, että potilas pääsee kotiutumaan leikkauspäivänä, jos kunto sen sallii. Potilaalla tulee kuitenkin olla aikuinen hakija ja seuralainen seuraavan vuorokauden ajan. Kotiuduttaessa potilas saa kotihoito-ohjeet. (Kangas-Saarela 2005, 457; Vaasan keskussairaala 2013.) Leiko-operaatiolla puolestaan tarkoitetaan toimintaa, jossa potilas saapuu leikkaukseen kotoa vasta leikkauspäivänä. Valmistautuminen leikkaukseen tapahtuu näin ollen kotona aiemmin saatujen leikkauskohtaisten ohjeiden mukaisesti. (Tohmo 2010, 310; Vaasan keskussairaala 2014.)

5.1 Korvan alueen toimenpiteet

Tässä työssä keskitymme tärykalvoilmastointiputkien laittoon eli tympanostomiaan ja tärykalvovoreiän rasvapaikkaukseen. Savonlinnan keskussairaalan korvan alueen toimenpiteitä ja tutkimuksia ovat lisäksi mm. kuulo- ja tasapainotutkimukset ja tärykalvon puhkaisu vaikeassa tulehdustilassa. (Sosteri 2015.)

5.1.1 Korvan rakenne, toiminta ja terveysongelmat

Korvakäytävän päässä on tärykalvo, joka johtaa välikorvaan, joka ilmastoituu korvatorven kautta. Sisäkorvaan taas kuuluvat kaarikäytävät sekä simpukka. Kaarikäytävät auttavat tasapainon sekä asennon aistimisessa. Simpukka taas tuottaa kuuloaistimuksen tärykalvon ja kuuloluiden avulla (Kuva 1). (Saarelma 2012.)



KUVA 1. Korvan anatomia

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00586

Korvakivun yleisin syy lapsilla on välikorvatulehdus (Jalanko 2009). Aikuisilla kivun syynä on usein flunssan ja niistämisen yhteydessä välikorvaan syntyvä ilmanpaine, joka venyttää tärykalvoa. Pitkittyvälle korvakivulle taas löytyy syy usein ulkokorvan tai korvakäytävän tulehduksesta. Kipu korvan alueella voi myös olla merkki nielun, niskan tai korvasylkirauhasen vaivoista. Pumpulipuikolla korvan puhdistusta tulisi välttää, jotta korva ei ärsyntyisi ja mahdollisesti tulehtuisi. Hoitoon tulee hakeutua,

jos korvasta vuotaa verta, esiintyy korkeaa kuumetta ja huimausta tai korvakipu ei mene ohi 1 - 2 vuorokaudessa särkylääkkeillä hoidettuna. (Saarelma 2015d.)

5.1.2 Tärykalvonilmastointiputken laitto eli tympanostomia

Jos lapsella esiintyy tiheästi korvatulehduksia, voidaan hoitona käyttää ns. tärykalvon ilmastointiputkitusta (Jalanko 2014). Tarkoituksena on hoitaa liimakorvaa, pysyvää välikorvan eritteistä tilaa ja sekä vähentää toistuvia ja äkillisiä välikorvan tulehduksia (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016). Putkituksen hyödyt ovat edelleen kiisteltyjä, suomalaisten tutkijoiden mukaan hyödyistä on kuitenkin riittävästi näyttöä. (Jalanko 2014).

Päätös putkituksesta on yksilöllinen, mutta tulehduksia tulee olla yleensä vähintään kolme puolen vuoden tai neljä vuoden aikana (Jalanko 2014). Toimenpide tehdään nukutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016). Putkitus onnistuu sekä itsenäisenä toimenpiteenä, että samalla kertaa kitarisojen poiston yhteydessä. Leikkauksessa kiinnitetään silikoni- tai titaaniputket tärykalvoon siten, että ne ilmastoivat välikorvaa ja tärykalvolla oleva reikä pysyy putken avulla auki. (Jalanko 2014.) Tärykalvoputket toimivat noin 6 - 12 kuukautta, jonka jälkeen ne irtoavat yleensä itsekseen. Putkikontrolleissa käydään muutaman kuukauden välein, kunnes putket poistuvat ja korvat todetaan terveeksi. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

Korvasta voi toimenpiteen jälkeen tulla eritettä ja verta. Tämä rauhoittuu kuitenkin yleensä muutaman vuorokauden sisällä. Kipu on yleensä vähäistä, mutta tarvittaessa voidaan käyttää lapsille tarkoitettuja kipulääkkeitä. Toimenpiteen jälkeen lapsen voi viedä päivähoitoon seuraavana päivänä. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

Leikkauksen jälkeen tulee noudattaa vesisuojausohjeita. Putkikorvaan ei saa suihkuttaa vettä. Korvia tulee suojata myös esim. sukeltaessa yli puolen metrin syvyyteen silikonitulppien avulla (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Puhtaan veden joutuminen korvaan ei ole tutkimusten mukaan kovinkaan suuri riski (Jalanko 2014).

Lääkäriin tulee ottaa yhteyttä putkituksen jälkeen, mikäli ilmenee pahanhajuista vuotoa korvasta kolmen vuorokauden jälkeen, lapsi valittaa korvaa kipeäksi tai kuumetta on yli 38 astetta. Putkitetun korvan tulehdus liittyy usein nuhakuumeeseen. Putken ollessa paikallaan, tulehdus ilmenee märkävuotona korvasta. Korvakipua ei välttämättä ole. Jos putki on irronnut tai tukossa, ilmenee pelkästään korvakipua. Kummassakin tilanteessa tulee ottaa yhteyttä omaan lääkäriin. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

Jos putket ovat paikoillaan vielä 2-3 vuoden jälkeen tai putkien irtoamisen jälkeen tärykalvoreikä ei umpeudu muutamassa kuukaudessa, tulisi lapsi lähettää erikoislääkärin arvioon putkien poistamista varten (Mattila 2011, 58).

5.1.3 Tärykalvon rasvapaikkaus

Tärykalvon rasvapaikkaus tehdään tilanteessa, jossa tärykalvossa oleva reikä ei parane itsestään. Reiän on oltava pieni ja keskellä tärykalvoa, jotta kohtaan voidaan asettaa pieni pala potilaan omaa rasvaa. (Blomgren 2015b.) Paikaksi käytetään pientä palaa rasvaa useimmiten joko korvannipukasta tai navan vierestä. Tärykalvon reunat verestetään ja rasvapala laitetaan reikään. Toimenpide tehdään yleensä nukutuksessa päiväkirurgisesti. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Toimenpiteen jälkeen tärykalvo kasvaa paikkaa pitkin ehjäksi. Suurempia reikiä paikataan myringoplastialeikkauksella, jossa paikka on rasvan sijasta lihasvalvoa ja joka asetetaan reiän alle. (Blomgren 2015b.)

Toimenpiteen jälkeen korva pitää suojata vedeltä. Toimenpiteen jälkeen on myös vältettävä niistämistä ja ponnistelua. Lentomatkoista on syytä keskustella lääkärin kanssa ja saunaan saa mennä vasta lääkäriltä saadun luvan jälkeen. Toimenpiteen jälkeen korva voi tuntua lukkoiselta ja sieltä voi kuulua napsahtelua. Tarvittaessa potilas voi käyttää hänelle itselleen sopivaa kipulääkettä. Lääkäriin tulee olla yhteydessä, jos nousee yli 38 asteen kuume, korvasta tulee pahanhajuista vuotoa tai ilmenee huimausta ja pahoinvointia. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

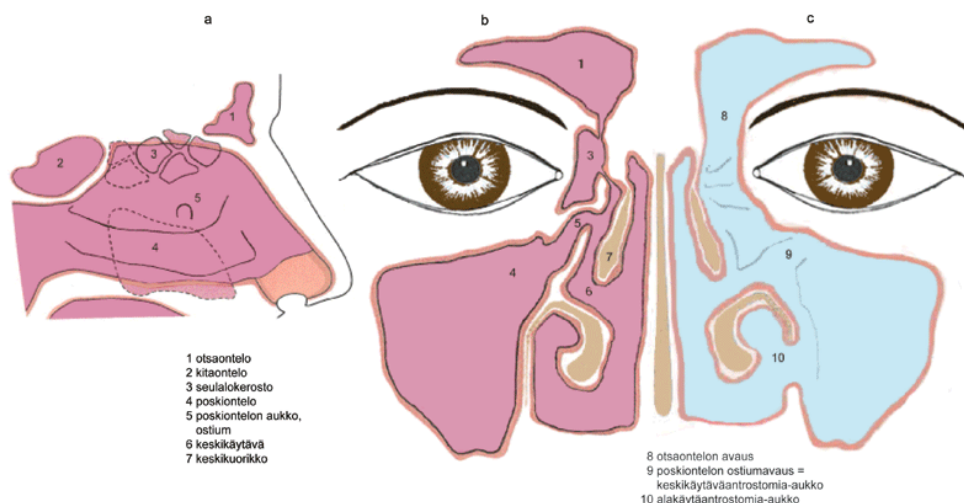
5.2 Nenän alueen toimenpiteet

Nenän alueen toimenpiteistä tässä opinnäytetyössä käsitellään poskionteloiden leikkaus täyhystystekniikkaa käyttäen eli FESS, poskionteloiden radikaalileikkaus suuontelon kautta eli caldwell - lucin tekniikkaa käyttäen, nenän väliseinän korjausleikkaus, polyyppien poistaminen leikkausoliolosuhteissa sekä kyynelkanavatiehytleikkaus. Lisäksi olemme laatineet ohjeen nenäverenvuodosta kärsivälle potilaalle. Näitä toimenpiteitä tehdään Savonlinnan Keskussairaalassa. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016).

5.2.1 Nenän rakenne, toiminta ja terveysongelmat

Nenä on tärkeä osa ihmisen immuunipuolustusta (Nuutinen 2011, 118.) Nenäontelot kuuluvat ylähengitysteihin. Levon aikana sisäänhengitys tapahtuu pääosin nenäontelon kautta. (Sand ym. 2013, 357). Nenän kautta virtaa aikuisella päivittäin jopa 20 000 litraa ilmaa sisäänhengityksen mukana ja saman verran uloshengityksen mukana. Nenä ja sen sivuontelot (Kuva 2) vastaavat hengitysilman lämmittämisestä, kostuttamisesta, puhdistamisesta ja hajuaistin moitteettomasta toiminnasta. (Nuutinen 2011, 118.) Esikäsittelyn tehtävänä on suojata keuhkoja (Sand ym. 2013, 357).

Ulkonenässä ylimpänä sijaitsevat nenäluu ja luinen holvi, jonka alapuolella keskiholvi ja alimpana lobulus eli nenänpään alue. Nenässä sijaitsee viisi paria toiminnallisia lihaksia, jotka esimerkiksi avaavat, laajentavat ja supistavat sieraimia. (Nuutinen 2011, 115–117.)



KUVA 2. Nenän rakenne

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=hoi38050

Nenäontelo jakautuu kahteen puoliskoon, jotka toisistaan erottaa väliseinä eli septum, joka on kooltaan syvyysuunnassa noin 7 senttimetriä. Sen etuosa on rustoa ja takaosa luuta. Nenäontelon sivuseinämistä työntyy kolme luista kuorikkoa kummallekin puolelle. (Sand ym. 2013, 357.) Nenäonteloissa lateraaliseinämaan kiinnittyvät kuorikot ovat muodostuneet ohuista, kaarevista luurakenteista, joita limakalvo verhoaa. Nenän tukirakenne rakentuu luusta ja rustosta, josta ruston osuus 2/3. Nenäluut kiinnittyvät rustoon ohuiden säikeiden avulla. Nenäkäytävät avautuvat nenänieluun ns. koaniaukoihin. Alakuorikon ja sivuseinäman muodostama tila on alakäytävä ja keskikäytävä puolestaan on sivuseinäman ja keskikuorikon rajaama tila. Alakäytävään avautuu kyyneltiehyt. Keskikäytävässä sijaitsee luonnollinen aukko eli ostium poskiontelon ja nenäontelon välillä. Nenähengityksen kannalta keskeinen rakenne sijaitsee etuosassa nenää noin 1,5 - 2 senttimetrin päässä sierainaukosta. Tämä kolmionmuotoinen nenän ahtain kohta on ns. valvula-alue. (Nuutinen 2011, 115–117.)

Nenäontelon etuosaa verhoaa iho, jossa on talirauhasia ja karvoja noin 1,5 senttimetrin matkan. Limakalvo nenässä on runsaasti verisuonittunutta ja siellä sijaitsee sinusoideja, jotka säätelevät limakalvon lämpötilaa ja turvotusta. Limakalvon pinta on lieriöepiteeliä, lisäksi nenän yläkuorikossa sijaitsee myös hajuepiteeliä. Limakalvon turvotus aiheuttaa nenän tukkoisuuden tunteen. Limakalvoturvotuksen aiheuttaa yleisimmin nuha. Nenän normaaliin toimintaan kuuluu myös nenäsykli, joka tarkoittaa sitä, että

nenäonteloiden limakalvoturvotus vaihtelee puolta toiselle, parin tunnen välein. Nenäsykli auttaa nenän limakalvoa toipumaan. (Nuutinen 2011, 115–119.)

Nenän sivuonteloita ovat poski-, otsa- ja kitaontelot sekä seulalokerot (Nuutinen 2011, 116). Suurimmat ontelot ihmisellä ovat otsaontelo (sinus frontalis) ja yläleuanluussa sijaitseva poskiontelo (sinus maxillaris). Sivuenteloiden limakalvo on hengitystieepiteeliä. Onteloilla ei kuitenkaan ole merkitystä hengityksen kannalta. (Sand ym. 2013, 357.) Sivuentelot kasvavat ihmisellä lopulliseen mittaansa 18 vuoden ikään mennessä. Parillisen poskiontelon leveys on aikuisella 2,5 senttimetriä, sen syvyys 3,5 senttimetriä ja tilavuus on noin 15 millilitraa. Nenään menevä luonnollinen aukko eli ostium sijaitsee ontelon yläkeskiosassa ja on läpimitaltaan 2-5 millimetriä. Poskiontelosta voi nenään tulla lisäksi yksi tai useampi ylimääräinen aukko. Parilliset otsaontelot alkavat kasvaa vasta kouluiässä. Seulalokerostot avautuvat nenän keski- sekä yläkäytävään. Takimmaisina parillinen ontelo on kitaontelo. Kitaontelon luonnollinen aukko sijaitsee yläkuorikon ja septumin välillä. Sivuenteloiden merkitys ihmiselle on hiukan kiistanalainen, mutta tutkimustiedon valossa ne keventävät kalloa ja toimivat lämpöreservinä suojaten orbitaa ja etumaista kallokuoppaa. Ontelot suojaavat ihmistä myös kasvovammoissa, resonoivat lauluäänen, ja auttavat ylempien hengitysteiden typpioksidituotannossa. (Nuutinen 2011, 116–117.)

Nenässä tuntohermojen kulku noudattaa verisuonten sijaintia. Parasympaattinen hermosto ja sen aktivaatio lisäävät nenän limakalvon eritystoimintaa ja laajentavat verisuonia. Nenässä ja sivuonteloissa on runsas verenkierto. Keskikuorikkotason alapuolella nenäkäytävän ala- ja takaosaa suonittava arteria sphenoplatina on usein vaikeiden nenäverenvuotojen takana. Nenän laskimoiden kulku seuraa valtimoita. Laskimot ovat läpättömiä ja osa niistä laskee sinus cavernosukseen, jonka kautta nenän ja sivuenteloiden tulehdukset voivat joissain tapauksissa levitä kallon sisälle. (Nuutinen 2011, 117–118).

Kuten nenän ja sen sivuenteloiden myös välikorvan, korvatorven ja alempien hengitysteiden limakalvon epiteelikerros koostuu värekarvallisista lieriösoluista. Värekarvat kiinnittyvät tyvikalvoon. Jokaisessa värekarvasolussa on noin 200 värekarvaa eli siliä. Värekarvasolujen päällä on limakerros. Limankuljetusnopeus nenässä on noin 5-9 millimetriä minuutissa ja värekarvat tekevät jatkuvaa aaltoliikettä. Tämä niin kutsuttu mukosiliaarikuljetus voi joskus heikentyä. Pitkäaikainen nuha, toistuva tai krooninen

poskiontelotulehdus, toistuva otiitti, liimakorvatauti ja alemmat hengitystietulehdukset johtuvat usein heikentyneestä limankuljetuksesta. Joskus sivuonteloiden olosuhdeominaisuudet itsessään estävät normaalia värekarvojen toimintaa. Mikrobimyrkyt, hapettomuus, matala typpioksidipitoisuus ja tulehdusreaktion välittäjäaineet vaikuttavat siihen. Tämän vuoksi on erityisen tärkeää, että ontelotulehduksessa poistetaan eritteet ja palautetaan optimaaliset fysiologiset olosuhteet. (Nuutinen 2011, 119–121).

Nenää tutkittaessa kiinnitetään huomiota nenän ja kasvojen ihoon, nenän ulkonäköön ja mahdollisiin rakennepoikkeamiin. Nenä palpoidaan ja tutkitaan katselemalla huolellisesti eri suunnista. Eturiinoskopiassa tarkastellaan väliseinä, ala- sekä keskikuorikot. Toimenpiteessä näkyvyyttä ja potilaan mukavuutta voidaan parantaa adrenaalipitoisilla pumpulipuikoilla puuduttamalla. Näin voidaan todeta esimerkiksi väliseinän vinous, nenäkäytävän avoimuus, limakalvon kunto ja mahdolliset muutokset ja kasvaimet. Takarhiinoskopiolla tarkistellaan ala- ja keskikuorikoiden limakalvon turpeutta ja väriä, nenäkäytävien avoimuus sekä koaniaukkojen erite. Nasoendoskopiassa tehdään perusteellinen nenän täyhystystutkimus. Limakalvo puudutetaan ja nielu tähystetään joko jäykällä tai taipuisalla tähystimellä. Näin nähdään myös nenänielu ja voidaan ottaa näytteitä. Se kuuluu aina nenän sivuonteloiden tähystyskirurgian leikkausta edeltäviin ja leikkauksen jälkeisiin tutkimuksiin. (Nuutinen 2011, 125 - 127).

Ongelmat nenän terveydessä voivat olla potilaalle hyvinkin kiusallisia, eikä niiden hoidossa lääkkeillä tai muulla konservatiivisella hoidolla saada aina vastetta. Tällöin tulee harkita leikkaushoitoa. Ennen leikkausta lääkäri tekee huolellisen arvion, tutkii potilaan kliinisesti ja määrää tarvittavat lisätutkimukset.

5.2.2 Nenän sivuonteloleikkaus tähystimellä eli FESS

Sinuiitilla eli sivuontelotulehduksella tarkoitetaan mitä tahansa nenän sivuontelon tulehduksellista tilaa (Nuutinen 2011, 148). Akuutissa infektiossa potilaalla on useimmiten oireita ja löydöksiä sekä nenäontelon että sivuonteloiden alueella. Tämän vuoksi nykyisin käytetäänkin termiä rinosinuiitti. (Käypähoito - suositus 2013.) Tulehdusten syitä voivat olla ostiumin luisten rakenteiden ahtaus, ympäröivän limakalvojen jatkuva turvotus tai nenäpolypit. Limakalvoturvotusta voi aiheuttaa myös krooninen nuha. (Nuutinen 2011, 152). Sivuontelotulehduksen oireita ovat nenän märkäinen ja värillinen erite, nenän tukkoisuus, hajuaistin huononeminen, kuume, painon tunne

ja arkuus poskien alueella sekä hakkaava yskä, joka pahenee öisin (Käypähoito-suositus 2013; Sand ym. 2013, 357).

Sivuontelotulehdus syntyy, kun sivuonteloiden aukot nenäonteloon tukkeutuvat. Limaa alkaa kertyä onteloihin ja tyhjentyminen vaikeutuu. Ylähengitystieinfektio saa limakalvot turpoamaan. Bakteerit ja virukset saavat oivalliset kasvuolosuhteet. (Sand ym. 2013, 357). Limakalvo paksunee ja ilmanvaihto heikkenee tai loppuu jopa kokonaan. Värekarvatoiminta lamaantuu virusten ja bakteerien toksiinien vaikutuksesta, onteloilman vähäisen happipitoisuuden ja lisääntyneen hiilidioksidipitoisuuden seurauksena. (Nuutinen 2011, 148.)

Sivuontelotulehdus määritetään kestonsa perusteella akuutiksi eli äkilliseksi tai pitkittyneeksi. Äkillisen sivuontelotulehduksen kesto on alle 12 viikkoa ja pitkittyneen sivuontelotulehduksen yli 12 viikkoa. Usein toistuva sivuontelotulehdus tarkoittaa puolestaan sitä, että äkillinen sivuontelotulehdus toistuu vähintään 3–4 kertaa vuodessa. (Käypähoito - suositus 2013) Joissain tapauksissa potilaan sivuontelotulehdukset kroonistuvat ja aiheuttavat voimakkaita elämänlaatua laskevia oireita. (Nuutinen 2011, 167).

Hoidon kulmakivenä on limakalvoturvotuksen vähentäminen ja sivuonteloiden tyhjentyminen (Käypähoito - suositus 2013 ; Sand ym. 2013, 357) Hoito on myös syynmukaista. Allergiset ja muut krooniset nuhat tulee hoitaa pois. Nenästeroiditippoja tai suihkeita voidaan käyttää polyyppien poistoon, jos ne ovat tulehdusten syynä. Jos kuitenkin lääke- ja punktiohoidolla ei saada vastetta 2 - 3 kuukaudessa, erikoislääkärin tutkimus on tarpeen. (Nuutinen 2011, 153.) Mikäli konservatiivisella hoidolla ei saada vastetta, joudutaan turvautumaan leikkaushoitoon, jonka tavoitteena on lopettaa kokonaan tai ainakin vähentää toistuvia infektioita. (Nuutinen 2011, 167–168). Leikkaushoitoa suositellaan hankalissa, pitkäaikaisissa tai usein toistuvissa sivuontelotulehduksissa, jos muilla hoidoilla ei ole päästy tyydyttävään tulokseen (Käypähoito - suositus 2013). Leikkauksella saavutetaan useita hyötyjä, muun muassa onteloiden huuhtelut ovat helpompia ja infektion aiheuttamat paineoireet vähenevät. Myös kasvaimet, polyyppitauti ja infektioiden komplikaatiot ovat leikkauksaiheita. (Nuutinen 2011, 167–168.)

Lapsien sivuonteloita leikataan vasta 3 - 4 vuoden iästä lähtien. Toistuvia poskiontelotulehduksia lapsilla hoidetaan nukutuksessa tehtävässä huuhtelussa ja kitarisan poistolla. Jos näistä ei ole apua, suositellaan myös lapsipotilaalle tähystyskirurgista toimenpidettä. (Nuutinen 2011, 167–168.)

Leikkausmenetelmänä käytetään nenän sisäistä tähystyskirurgiaa eli FESS:iä (Functional Endoscopic Sinus Surgery). Operaatiossa poistetaan tulehdusmuutokset jäykkiin optiikoiden avulla. Sivuonteloiden luonnolliset tyhjennysaukot (ostium) avataan sekä tarvittaessa laajennetaan. Toimenpiteen tavoite on parantaa ilmanvaihtoa sivuonteloiden ja nenän välillä. Näin ollen infektion ohessa ilmaantuva limakalvoturvotus ei peittäisi ostiumeja. Leikkauksessa tehdään keskikäytävän vasta-aukko. Tätä aukkoa voidaan myöhemmin hyödyntää tylpän lavaatiokärjen avulla tehtävässä poskionteloiden huuhtelussa. Leikkaus edesauttaa myös mukosiliaaritoiminnan palautumista normaaliksi. (Nuutinen 2011, 167–168.)

Leikkaukset tehdään useimmiten päiväkirurgisena toimenpiteenä paikallispuudutuksessa käyttäen nenän johtopuudutusta. Operaation jälkeen kevyt tamponointi on usein tarpeen noin vuorokauden ajaksi. Kipuihin auttavat perinteiset tulehduskipulääkkeet. (Nuutinen 2011, 167 - 168). Kipulääkettä voi käyttää KNK-poliklinikan mukaan 1 - 4 postoperatiivista päivää (Korva-, nenä, kurkkutautien poliklinikka 2016). Toisaalta osa potilaista kokee leikkauksen jälkeen merkittävää kipua, jonka tehokas hoito on toipumisen kannalta tärkeää ja vaikuttaa myös sairausloman pituuteen. Paras teho saavutetaan säännöllisellä ja riittävällä kipulääkityksellä. Parasetamoli on turvallinen sekä tehokas. Tutkimuksessa on saavutettu paras teho, kun potilas käyttää 5 postoperatiivista päivää kipulääkettä säännöllisesti. (Kattainen 2015, 17; Kemppainen 2009).

Sairausloman tarve vaihtelee muutamasta päivästä muutamaankin viikkoon riippuen leikkauksen laajuudesta ja potilaan työstä (Nuutinen 2011, 167.) Toipuminen FESS toimenpiteestä kestää keskimäärin 1 - 2 viikkoa (Penttilä & Numminen 2008, 2535). Luonnollisesti tämä aika on levättävä. On vältettävä rehkimistä, urheilua ja saunomista (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016).

Kotiutuksen jälkeen on tarpeen käydä jälkitarkastuksessa noin 1 - 2 viikon kuluttua. Tällä käynnillä leikkausalue puhdistetaan ja huuhdotaan. (Nuutinen 2011, 167.) Toistuvista huuhteluista ja jälkipuhdistuskäynneistä leikkauksesta toipumisen kannalta on vähän näyttöä (Kemppainen 2009). Myöhemmin toipumisen edistyttyä sivuontelot tähytetään ja varmistetaan ilmastointiaukkojen avoimuus. Jos oireet jatkuvat on potilaan syytä myös varmistaa, että sekä potilaasta, että ympäristöstä poistetaan tulehdusta aiheuttavat tekijät, kuten esimerkiksi tupakointi, sisäilmaongelmat ja allergiaa aiheuttavat asiat. (Nuutinen 2011, 168). Vakavat komplikaatiot FESS-toimenpiteessä ovat harvinaisia (Penttilä & Numminen 2008, 2534).

Leikkauksen jälkeen on vältettävä voimakasta niistämistä ja huolehdittava nenän limakalvojen säännöllisestä kostutuksesta, koska se vähentää nenän karstoittumista ja arpikudoksen muodostumista. Kostutusta tulee jatkaa useita kertoja päivässä vähintään kahden viikon ajan toimenpiteen jälkeen. Nenähuuhtelukannua saa käyttää jo leikkausta seuraavana päivänä. Limakalvoa supistavia suihkeita käytetään lääkärin erillisen ohjeen mukaan. Leikkauspäivän ruuan tulee olla pehmeää ja haaleaa, juomien viileitä. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016).

Harmillista on, että osalle potilaista jää taudin perusluonteen vuoksi pysyviä sivuontelotulehdusoireita leikkauksen jälkeenkin, jolloin tarvitaan säännöllistä konservatiivista hoitoa. Mikäli leikatulle potilaalle ilmenee äkillisen poskiontelotulehduksen oireita, voidaan ontelo huuhdella tylpällä lavaatiokärjellä keskikuorikon alta tai vaihtoehtoisesti punktoida normaaliin tapaan alakuorikon alta. (Käypähoito - suositus 2013.) Potilaan tulisi muistaa kertoa leikkauksesta aina hoitavalle lääkärille.

5.2.3 Nenän sivuontelon radikaalileikkaus eli caldwell-luc

Caldwell-luc leikkaus tehdään usein samoilla leikkausindikaatioilla kuin FESS. Kaikkia sivuonteloidenleikkauksia ei voida tehdä FESS-tekniikalla. Joskus joudutaan avaamaan aukko huuli-ienpoimun kautta poskiontelon etuseinän luuhun. Vasta-aukko tehdään tällöin sivuontelon alakäytävään. Leikkausta kutsutaan nimellä caldwell-luc ja kyseessä on paljon radikaalimpi toimenpide. Siinä samalla poistetaan poskiontelon limakalvo. Tällöin on tarpeen avata seulalokeroita tai otsaonteloa. Myös kitaontelo avataan toimenpiteessä, jos sairastunutta kudosta on siellä saakka. Mikäli otsaonteloa

tai kitaonteloa leikataan samalla, on osastohoito usein tarpeen. (Nuutinen 2011, 167 - 168.) Potilaan tulee siis varautua viettämään sairaalassa ainakin yksi yö (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016).

Nenä on toimenpiteen jälkeen tukkoinen ja niistäminen on kielletty. Voimakasta niistämistä sekä aivastelua tulisi välttää, koska ilma voi kulkeutua posken kudoksiin ja haava voi aueta. Leikkausalue voi olla mustelmainen ja turvonnut kahden viikon ajan. Jääpussi voi auttaa oireisiin. Särky poskiontelosta voi säteillä korvaan sekä takaraivolle ja myös päänsärkyä voi esiintyä. Potilaan on syytä käyttää itselleen sopivaa kipulääkettä 1 - 4 vuorokauden ajan. Ylähuuli ja etuhampaat voivat olla tunnottomat jopa muutaman viikon. Se korjaantuu itsekseen. Ravinnon tulisi olla haalea ja pehmeää viikon ajan leikkauksesta suussa olevan haavan vuoksi. Suu pitää huuhtoa aina ruuan jälkeen ja muutenkin hyvä suuhygienia edesauttaa paranemista. Hampaiden pesussa tulee kuitenkin olla varovainen. Voimakas purskuttelu voi avata haavan. Proteeseja ei saa pitää viikkoon. Sairausloma kestää kaksi viikkoa ja sen aikana on vältettävä rehkimistä ja urheilua. Potilaalle varataan kontrolliaika poskiontelon huuhtelua varten poliklinikalle noin 7 - 10 vuorokauden kuluttua toimenpiteestä. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016).

Suun leikkaushaavat paranevat tutkimustiedon valossa yleensä hyvin huolimatta suun ja limakalvojen huomattavasta bakteerimäärästä. Profylaktiseen antibioottihoitoon ei yleensä ole tarvetta. Tällaisiin toimenpiteisiin tulevan potilaan kannattaisi jo ennakkoivasti kiinnittää huomiota suuhygieniaan. Potilaan tulee tehostaa suuhygieniaa ennen kaikkea toimenpiteen jälkeen. (Grenman ym. 2010, 261). Aikaisemmin caldwell-luc oli yleisin leikkaustapa, mutta nykyään sen merkitys on pienentynyt. Vakavia leikkauskomplikaatioita ovat pahimmillaan menehtyminen toimenpiteeseen, erilaiset silmävauriot, kallosisäiset vauriot ja massiiviset vuodot. Lisäksi esiintyy pienempiä komplikaatioita, kuten pienempiä verenvuotoja, tulehduksia ja mustelmia silmän ympärillä. (Penttilä & Numminen 2008, 2533–2534). Mikäli suuontelon leikkaushaava tulehtuu, on mikrobilääkehoito aloitettava mahdollisimman pian ja veriviljely on myös otettava (Grenman 2010, 261).

Mahdolliset poskiontelon huuhtelut tehdään myös caldwell-luc toimenpiteen jälkeen tylypällä lavaatiokärjellä alakuorikon alla sijaitsevan aukon kautta. On otettava huomi-

oon, että NSO-kuvassa ontelo on aina varjostunut toimenpiteen jälkeen. (Käypä Hoito Sivuontelotulehdus, 2013).

5.2.4 Väliseinäleikkaus eli septoplastia

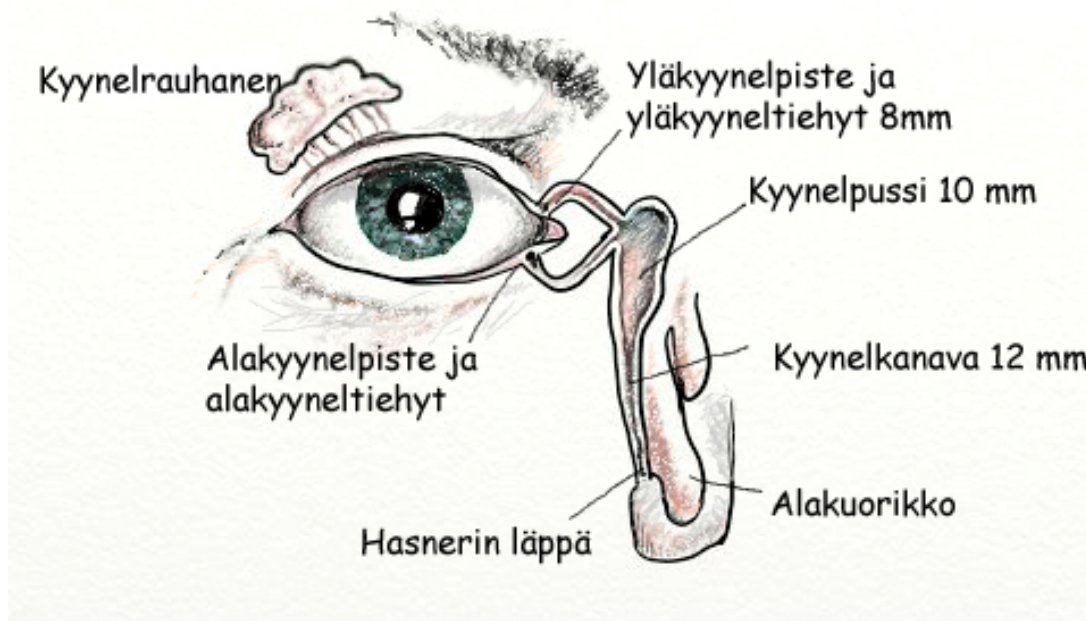
Tukkoisen nenän leikkausaihe on usein septumdevitaatio eli väliseinän vinous. Väliseinä tutkitaan eturiinoskopiassa, jossa havaitaan joko väliseinän olevan kaareutuva tai siinä voi olla harjanne. Diagnostiikan apuna voidaan käyttää myös ilmateiden mittaus-ta. Septumdevitaatio voi olla rakenteellinen ja synnynnäinen tai se voi olla muodostu-nut vamman seurauksena. Rakenteellisen syyn aiheuttama nenän tukkoisuus pahenee allergeenien tai infektion seurauksena. Myös nenäsykli voi korostua. (Nuutinen 2011, 166–167.) Väliseinän vinous onkin yksi toispuoleisen nenäoireilun aiheuttaja (Haavis-to, 2012). Kroonisessa nuhassa oireet pitkittyvät ja nuhan jatkuessa myös nenän si-vuonteloissa on aina joissain määrin tulehdusta. Kroonista nuhaa voi aiheuttaa esi-merkiksi juuri vino väliseinä. (Nuutinen 2011, 133–134).

Hoitona käytetään päiväkirurgisesti tehtävää väliseinän leikkausta eli septoplastiaa. Operaatio tehdään paikallispuudutuksessa. (Nuutinen 2011, 166–167.) Potilaan oloa helpottavat leikkauksen jälkeen puoli-istuva asento ja potilaalle sopiva kipulääke 1 - 7 vuorokauden ajan ohjeen mukaan otettuna. Voimakasta niistämistä tulee välttää jopa kahden viikon ajan vuotoriskin vuoksi. Ravinnon tulee olla pehmeää ja haaleaa leik-kauksen jälkeisenä päivänä. Nenän säännöllinen kostutus on tärkeää, jotta se ei kars-toitu. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016) Nenään asetetaan väliaikai-set silikonilevyt tukemaan rakennetta noin viikon ajaksi. Potilas toipuu noin kahdessa viikossa ja jälkitarkastus poliklinikalla on tarpeen. (Nuutinen 2011, 166–167.) Saira-usloman ajan on vältettävä liikaa ponnistelua ja saunomista (Korva-, nenä-, ja kurkku-tautien poliklinikka 2016.)

5.2.5 Kyyneltieleikkaus eli dacryocystorhinostomia

Kyynelrauhaset ovat nimensä mukaan kyyneleitä muodostavia rauhasia. Ne sijaitsevat silmäkuoppien ylä-ulkoreunassa. Niistä johtaa silmään kyynelrahasen tiehyet silmän sisäreunalle oleviin kyynelpisteisiin. Kyynelpisteistä lähtee kyyneltiehyitä (Kuva 3), joiden kautta kyynelneste poistuu silmästä nenän tyvessä oleviin kyynelpusseihin. Ne

puolestaan laskevat kyynelnesteen nenäkäytäviin kyynelkanavia pitkin. Kyynelteiden tavanomaisia sairauksia ovat muun muassa tulehdukset sekä kyyneltiehyiden tukkeutuminen. (Saarelma 2015e.)



KUVA 3. Kyyneltiet

<http://personal.fimnet.fi/laakari/hannu.tapiovaara/syyskoulutus2013.htm>

Tukoksen pääoireena on silmien vuotaminen, tai kyynelnesteen vajaatuotantoa, joka aiheuttaa silmien kuivumisen (Saarelma 2015e). Kyyneltietukoksessa silmä rähmii ja vuotaa runsaasti (Nuutinen 2011, 169). Suurin osa tukoksista on alakyynelteissä (Sepä ym. 2012, 208). Silmästä nenään johtuva kyyneltiesysteemin tukkeuma on usein kyynelpussin eli alakyynelteiden ja kyynelkanavan limakalvon tulehdusmuutoksen aiheuttama ongelma. Oireina ovat haavaumat, turvotus, arpeutuminen sekä ahtautuminen. Tulehdus puolestaan joko laskeutuu silmän sidekalvolta tai nousee nenän limakalvolta. (Nuutinen 2011, 169–170.)

Mikäli kiusalliset oireet eivät helpotu lääkehoidolla ja kyyneltiehuuhtelulla, voidaan tukkeutunut kohta avata leikkauksessa, jossa tulos on usein hyvä ja sen hyöty potilaalle kiistaton (Nuutinen 2011, 169–170). Aikuisen potilaan kyynelteiden tukoksen tai ahtauden takia rähmiviä silmiä hoidetaan alkuun antibioottitipoilla. Jos vaiva osoittautuu pitkittyneeksi eli kuukausia kestäväksi, kyynelkanavaleikkaus on tarpeen. (Saa-

relma 2015e.) Myös lapsilla esiintyy synnynnäisiä tukoksia. Jos sondeerauksista ei ole apua, myös lapsi on syytä operoida. (Nuutinen 2011, 170.)

Leikkauksessa tehdään pieni avanne kyynelpussista nenäontelon lateraaliseinään. Leikkaus tehdään ulkoisesti silmäkuopan sisänurkkaan tehdystä ihoviillosta. Avanteen kautta kyynelneste pääsee virtaamaan vapaasti. (Nuutinen 2011, 169–170.) Kyynelpussin ja nenäontelon tehty avanne on rinostooma (Seppä ym. 2012, 208).

Nykyinen endonasaalinen leikkaustekniikka on hellävarainen, ulkoista viiltoa ei tarvita ja normaali kyyneltoiminta häiriintyy vähemmän. Kyynelpussin ja nenän välinen avanne tehdään sisäkautta. Endonasaalisella tekniikalla leikkaus voidaan tehdä, vaikka kyynelpussi olisi tulehtunut tai turvonnut. (Nuutinen 2011, 169–170.) Komplikaatiot leikkauksen yhteydessä ovat vähäisiä. Infektiot ja arpien muodostuminen leikatulle alueelle ovat yleisimmät ongelmat. Verenvuodot ja kyyneltien häiriintynyt toiminta ovat hyvin harvinaisia tällä leikkaustekniikalla. Silmään jätetty pieni avanneputki lisää hiukan tulehdusriskiä. Avanneputken hyötyä tai haittaa ei tutkimuksin ole pystytty toteamaan. Kyynelpussin kanavoinnilla on saatu hyviä lopputuloksia aikaan, suurimmalla osalla potilaista oireet helpottavat operaation jälkeen. Epämiellyttävät oireet helpottuvat viimeistään leikkaushoidolla, jos konservatiivisella hoidolla ei ole vastetta. (Seppä ym. 2012, 209–210.)

Savonlinnassa toimenpide tehdään päiväkirurgisesti nukutuksessa tähystystekniikalla, Nenän kostutus keittosuolalla on leikkauksen jälkeen tärkeää. Nenähuuhtelukannua saa käyttää jo seuraavana päivänä. Niistämistä tule välttää, koska silmäkuoppaan voi kulkeutua ilmaa. Kipulääkettä voi ottaa erillisen ohjeen mukaan 1 - 4 vuorokautta. Silmätipat määrätään aina erikseen ja niiden käytössä on noudatettava tarkkaan lääkärin ohjeita. Toipuminen vie noin kaksi viikkoa ja sinä aikana tulee välttää liikaa rehkimistä, saunomista ja liikuntaa. Jälkihoitoon kuuluu 2 - 3 kontrollikäyntiä, jolloin kyyneltiehyen aukiolo varmistetaan. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

5.2.6 Polyypien poisto eli polypektomia

Polyypilla tarkoitetaan nenän limakalvon hyväläatuista pullistumaa. Niiden koko ja aiheuttamat oireet vaihtelevat pienistä ja oireettomista, koko sieraimen tukkiviin kasvaimiin. Suuri polyyppi voi tuntua nielussa asti ja aiheuttaa kakomista. (Blomgren 2012.) Nenäpolyypit ilmenevät tavallisimmin nenän keskikäytävässä ja saavat alkunsa seualokeroston limakalvolta. Nenäpolypoosi on useimmiten keski-ikäisten sairaus, lapsilla sitä ei esiinny juuri koskaan. (Nuutinen 2011, 156.) Yli 60-vuotiailla polyypitaudin on todettu pikkuhiljaa paranevan itseksään (Vento & Virkkula 2012). Erityisen vaikea ja lääkeresistentti polypoosi on havaittu puolestaan ASA-allergikoilla. Polyypit ovat yleisempiä astmaa sairastavilla. (Nuutinen 2011, 156.) Polyyppeja on 4 prosentilla suomalaisista ja jopa 17 prosentilla astmapotilaista (Vento & Virkkula 2012).

Nenäpolyypit aiheuttavat nenän tukkoisuutta, nenästä tuleva erite on sitkasta ja limaista. Polyypit tukkivat luonnollisia eritteen ulosvirtausreittejä, sivuontelot infektoituvat täten herkemmin. Pitkittynyt polyyppitauti heikentää hajuaistia, koska hengitysilma ei pääse hajuepiteelin luo. (Nuutinen 2011, 156.) Potilaalla voi esiintyä myös nenän vetistystä, liman valumista nieluun ja kasvojen paineoireita ja päänsärkyä. Hoitamaton tai huonossa hoitotasapainossa oleva nenäpolypoosi heikentää unenlaatua ja huonontaa elämänlaatua. (Vento & Virkkula 2012.)

Polyypit todetaan kliinisesti rinoskopialla tai nasoendoskopialla eli tähystämällä. Polyyppi näyttää usein harmaalta, vesikellomaiselta, sileäpintaiselta limakalvopullistumalta. Ne ovat kudosten täyttämiä. Polyypeissa ei ole hermoja, joten ne ovat tunnotomia. (Nuutinen 2011, 156.) Syytä polyypeille ei täysin tunneta, mutta allergiat, perinnölliset tekijät ja ulkoiset ärsykkeet kuten tupakointi, altistavat limakalvokasvaimille. Polyypipotilaiden flunssat ovat usein pitkäkestoisia ja niihin liittyy komplikaatioita kuten poskiontelontulehduksia. (Blomgren 2012.)

Polyyppeja hoidetaan ensisijaisesti kortisonilla, jota annostellaan suoraa nenään esimerkiksi suihkeena pitkäaikaisesti tai tablettina suun kautta. Kortisonin tarkoituksena on hidastaa kasvainten uudelleenkasvua ja pienentää kokoa, jolloin oireet lieventyvät. Polyypien aiheuttamia oireita hoidetaan myös nenähuuhtelulla. (Blomgren 2012.) Tupakoinnin lopetus, allergioiden asianmukainen hoitaminen, sisäilman parantaminen

ja muut tulehduksellista tilaa ylläpitävät seikat tulisi ensin korjata ja siten helpottaa kiusallisia oireita (Vento & Virkkula 2012).

Jos konservatiivisesta hoidosta (eli paikallinen nenäkortikosteroidi ja suun kautta otettava kortikosteroidi) huolimatta oireet eivät helpota, on leikkaus usein tarpeen. Kirurgian tavoitteena on tulehduksen ja oireiden helpottaminen parantamalla lääkkeen pääsyä nenän limakalvoille, ilmastoimalla sivuonteloita ja hoitamalla mahdolliset infektiopesäkkeet. Jos oireena on vain tukkoisuus eikä polypoosiin liity märkäisiä sivuontelotulehduksia, voidaan tehdä ns. polypektomia. Nenäkäytävistä poistetaan toimenpiteessä vain polypit luisiin rakenteisiin kajoamatta. Jos polypektomia ei ole riittävä kirurginen hoito, vaiva uusiutuu nopeasti tai potilaalla on paineoireita tai vaikeita poskiontelon tulehduksia, tehdään lisäksi vähintään etummaisten seualokeroiden avaus sekä poskiontelon luonnollisen aukon eli ostiumin laajennus. Joidenkin tutkimusten mukaan näyttää siltä, että polypektomiaan liitetty sivuonteloleikkaus pienentää uusiutumiseriskiä, mutta tutkimustulokset ovat hiukan ristiriitaisia elämänlaadun paranemisen osalta. Pienemmät toimenpiteet ovat vähäriskisempiä, joten hyvänlaatuisen taudin ensisijaisena kirurgisena hoitona suositankin polypektomiaa. Nähtävillä on, että tulevaisuudessa leikkaushoidon merkitys vähenee, kun itse tulehdusta opitaan hillitsemään paremmin. (Vento & Virkkula 2012.)

Yksittäiset polypit voidaan poistaa vastaanotolla paikallispuudutuksessa, mutta vaikeampiasteiset joudutaan poistamaan leikkaussaliolosuhteissa tähyystyleikkauksessa (Nuutinen 2011, 157). Leikkauksessa käytetään joko hirttotekniikkaa tai tekniikkaa, jossa shaver-instrumentilla imetään ja silputaan polyyppi suoraan paikaltaan. Leikkauksissa käytetään useimmiten paikallispuudutusta. (Blomgren 2012.) Leikkauksessa poistetaan polypoidit, avataan seualokerostoa ja saneerataan mahdollisia tulehduspesäkkeitä (Nuutinen 2011, 157). Myös leikkauksen jälkeen tulee jatkaa nenään annosteltavaa kortisonilääkitystä, jolla hidastetaan uudelleenkasvua (Blomgren 2012).

Kipulääkityksessä leikkauksen jälkeen tulee olla varovainen erityisesti ASA- intoleranttien henkilöiden kohdalla, koska he voivat saada hengenvaarallisen reaktion tulehduskipulääkkeistä. Useimmiten parasetamoli soveltuu, mutta senkin käytössä tulee olla varovainen. (Nuutinen 2011, 157.) Potilas voi käyttää lääkärin ohjeen mukaan itselleen sopivaa kipulääkettä 1 - 4 vuorokauden ajan toimenpiteestä (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016).

Leikkauksen jälkeen nenään asetetaan joskus verenvuotoa hillitsevä tamponi, se joko sulaa itseksensä tai poistetaan. Nenä voi vuotaa veristä eritettä, sitä ei saa kuitenkaan kaivaa tai niistä tulehdus- ja vuotoriskin vuoksi. Potilaan kannattaa suosia haaleaa ravintoa toimenpidepäivänä. Sairausloman kesto on 7-10 vuorokautta ja sen ajan on pysyteltävä levossa ilman ylenpalttista rehkimistä. Tulehduksen merkkien ilmaantuesssa tai voimakkaan verenvuodon tullessa pitää hakeutua hoitoon. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

5.2.7 Nenäverenvuoto

Nenäverenvuodot johtuvat kuivista limakalvoista esimerkiksi flunssan yhteydessä, hengitysteiden tulehduksista, vammoista, veren hyytymisvaikeuksista tai vaikkapa lääkityksestä, kuten varfariini, asetyylisalisyylihapo tai tulehduskipulääkkeet. Myös korkea ikä altistaa vuodoille. Korkea verenpaine ei kuitenkaan yksinään vuotoja aiheuta, vaan sen heikentämät suonet vuotavat herkemmin. Valtaosa nenäverenvuodoista tulee nenän väliseinän etuosasta limakalvovaurioista ja hoituu helposti. Potilaan yleisvoinnin ollessa hyvä, vuoto hoituu useimmiten kotioloissa. Riskipotilaat eli sellaiset, joiden vuoto on poikkeuksellisen runsasta (2 lasillista), he joko pyörtyvät tai heitä alkaa huimata, heillä on leikkauksen jälkeinen vuoto tai veren hyytymisongelma, kuuluvat aina hoitoon sairaalaan/terveyskeskukseen. (Saarelma 2016; Nuutinen 2013, 160.)

Nenäverenvuodon ilmaantuessa potilaan tulee ensin rauhoittua. Levoton liikehdintä ja pelokkuus vain lisäävät verenvuotoa verenpaineen noustessa. Potilaan tulee asettua etukumaraan asentoon ja niistää reippaasti kaikki hyytymät ulos, vaikka se hetkellisesti lisäisikin vuotoa. Veren nieleminen aiheuttaa pahoinvointia ja sitä tulee välttää. Kylkiasento on mahdollinen, jos potilas ei jaksakaan istua. Sieraimia tulee painaa voimakkaasti yhteen nenän etuosasta vähintään 10 minuuttia. Kaksi suihkausta ksylometatsooliinia kumpaankin sieraimeseen supistaa verisuonia, jos sitä on käytettävissä. Kylmäpakkaus niskassa tai jääpala suussa vähentää vuotoa. Nenää niistetään uudelleen voimakkaasti, jos vuoto ei ole lakannut 10 minuutin sisällä. Sieraimet puristetaan uudelleen 15 minuutiksi kiinni. Suurin osa nenäverenvuodoista hoituu kotona. (Atula & Blomberg 2007, 66; Nuutinen 2013, 160.)

Jos kotihoidosta huolimatta vuoto jatkuu, tulee hoito aloittaa laapistuksella tai bipolaaripoltolla. Laapistuksella tarkoitetaan hopeanitraattikauterisaatiota. Laapistus on lapsille ensisijainen hoitomuoto. Vuotokohta olisi aina paikannettava, jos mahdollista. Lääkäri paikantaa vuotokohdan käyttäen apunaan nenäspekulaa, otsalamppua ja joskus fiberoskooppia eli tähystintä. Paikannettua verenvuotokohtaa sivellään laapishelmellä ja käsittelyn jälkeen kohta neutralisoidaan NaCl:lla. Tätä ei suositella hyytymishäiriöisille potilaille. Toissijaisena vaihtoehtona bipolaaripoltolla koaguloidaan vuotokohta, ensin se tulee puuduttaa pumpulisykeröllä, jossa lidokaiini 40 mg/ml ja adrenaliinia 1 mg/ml. Joskus voidaan lisätä traneksamihappoa, joka vähentää verenvuotoa. Puudutteen tulee vaikuttaa 15 minuuttia, jonka ajan potilas istuu etukumaras-
sa. (Atula & Blomberg 2007, 66 - 67.)

Ellei laapistuksella tai bipolaaripoltolla ole vastetta tehdään etutamponaatio. Tätä käytetään myös, jos vuotokohtaa ei löydy tai vuotokohta on takaosassa. Puudutus tehdään Xylocain - suihkeilla ja samanlaisilla puudutepumpuleilla kuin bipolaaripoltossa. Tamponi työnnetään vaakasuorassa asennossa syvälle nenän takaosaan, vähintään 6 sentin syvyyteen. Takatamponaatio tehdään, jos mikään muu ei auta tai vuoto tulee hyvin takaa. Potilas tarvitsee tällöin osastohoitoa ja antibioottihoidon. Takatamponaatio on erittäin epämiellyttävä potilaalle ja kipulääkitystä tarvitaan. (Atula & Blomberg 2007, 66 - 67.) Takatamponoidulle potilaalle syntyy aina nenään bakteerinfektio, joka aiheuttaa pahaa hajua ja infektoitunutta eritettä. Antibioottihoito on lähes aina tarpeen. (Grenman ym. 2010, 260).

Savonlinnassa nenäverenvuotopotilaita hoidetaan laapistamalla, poltolla sekä erilaisin tamponein. Tamponit voivat olla joko itsestään sulavia tai poistettavia. Itsehoitovalmisteista tulee välttää Omega 3 - rasvahappoja, jotka lisäävät vuototaipumusta. Kuivia limakalvoja kannattaa potilaan kostuttaa erilaisin itsehoitotuottein. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Verenvuodon tyrehtymisen jälkeen tulee välttää kuumia juomia, ruokia, ponnisteluja ja saunaa (Atula & Blomberg 2007, 66 - 67).

5.3 Kurkun alueen toimenpiteet

Tässä työssä teimme ohjeistukset kitarisaleikkaukseen, nielurisaleikkaukseen, kurkunpään tähystykseen sekä sylkirauhasen poistoleikkaukseen. Näitä leikkauksia tehdään Savonlinnan keskussairaalassa.

5.3.1 Kurkun rakenne, toiminta ja terveysongelmat

Kurkun alueen rakenteita on kuvattu alempana toimenpiteiden ja leikkausten yhteydessä. Kurkun alueella on monenlaisia kudoksia, näistä esimerkkeinä juuri risakudokset, joiden tulehdukset ja suuri koko ovat korva-, nenä- ja kurkkutautien yleisimpiä leikkausindikaatioita (HUS 2016). Nielu osallistuu sekä hengitykseen että nielemistoimintaan. Kudoksien laajuus ja moninainen toiminta aiheuttavat sen, että kipu kurkussa voi johtua monesta syystä. (Saarelma 2015b.)

Yleisimpiä syitä kurkun kipuun ovat nielun tulehdukset ja nenän tukkoisuuden aiheuttama nielun limakalvojen kuivuminen. Alueen tulehdukset voivat olla bakteerin tai viruksen aiheuttamia. Tavallisin bakteeritulehdus on streptokokkibakteerin aiheuttama nielurisatulehdus eli "angiina". Yleisempää kuitenkin on, että nielun tulehdus ja kipu johtuvat hengitystieviruksista. Kurkkukipu, joka muistuttaa angiinaa, mutta jossa ei ole nuhaa tai yskää, voi viitata varsinkin nuorilla aikuisilla esiintyvään mononukleosiin. Tavalliseen flunssaan liittyvä nenän tukkoisuus aiheuttaa suuhengitystä. Tämä kuivattaa kurkun ja nielun limakalvoja ja aiheuttaa kipua. Jos kipua esiintyy kilpirauhasen seudulla kaulan alaosassa, leukaperissä tai korvissa, voi olla kyse kilpirauhastulehduksesta. Se aiheuttaa pitkällistä jomottavaa kipua. Kurkunpään jännittäminen taas voi tuoda kurkkuun palan tunteen ja kipua. Kurkkukipua voi aiheuttaa myös mikä tahansa limakalvoja ärsyttävä tekijä, yleisimpiä ovat tupakka, erilaiset pölyt ja jotkin kemikaalit. (Saarelma 2015b.)

Kiireellisesti hoitoon tulee hakeutua, jos kurkkukipuun liittyy hengitysteitä ahtauttava ongelma, kuten allerginen turvotus, vierasesine, hankala tulehdus, kuten kurkkupaise tai kurkunpään tulehdus. Jos nielemiseen liittyvä kipu ei johdu hengitystieinfektiosta, saattaa harvinaisissa tilanteissa olla kyse kasvaimesta. (Saarelma 2015b.)

5.3.2 Kitarisaleikkaus eli adenotomia

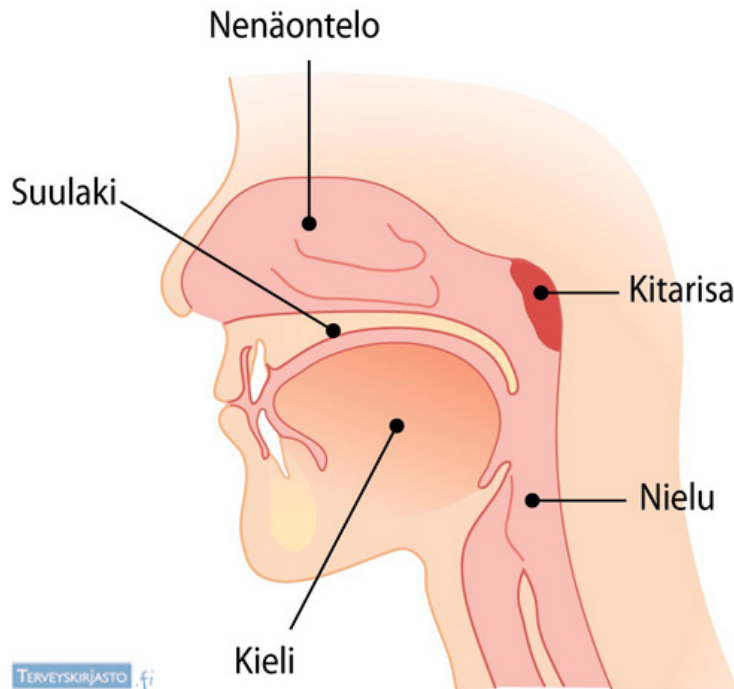
Kitarisa sijaitsee nenänielussa ja koostuu imukudoksesta. Koko vaihtelee paljon ja kookkaimmillaan se on leikki-iässä, jonka jälkeen se pienenee ja lopulta häviää lähes kokonaan. Tämän vuoksi lähes kaikki leikattavat potilaat ovat lapsia. (Blomgren

2015a.) Leikkaus tehdään nukutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä. Leikkausta saatetaan tarvita, jos lapsella on toistuvia korva- ja ylähengitystieinfektioita tai kitarisa on todella suurikokoinen, jolloin lapsi kuorsaa, tai kun nenähengitys on todettu huonontuneeksi. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Kitarisan tehtävä on osittain epäselvä, mutta sen tehtävänä on olla osa lapsen puolustusjärjestelmää. Sen avulla nenänielun limakalvo todennäköisesti suojautuu haitallisten bakteerien kiinnittymiseltä. Kitarisan poisto ei kuitenkaan lisää lapsen sairausalttiutta. (Blomgren 2015a.)

Kitarisa (Kuva 4) on nähtävissä nielussa vain peilitutkimuksen avulla tai nenän kautta tehtävällä tähystyksellä. Nenän kautta hengittäminen kertoo kitarisan koosta. Jos potilas hengittää nenän kautta on kitarisakin todennäköisesti tavallisen kokoinen. Nykytutkimuksen mukaan terveen kitarisan poisto ei estä pienen lapsen korvatulehduksia. Tulehtunut tai suurentunut kitarisa tulisi kuitenkin poistaa. (Blomgren 2015a.)

Poistoleikkaus tehdään aina nukutuksessa, se kestää yleensä alle 15 minuuttia ja se tehdään lähes aina päiväkirurgisesti. Leikkaus tehdään peilin avulla suun kautta. Leikkauksen jälkivaivat ovat yleensä lieviä. (Blomgren 2015a.) Leikkauksen jälkeen voi esiintyä pahoinvointia ja väsymystä nukutusaineista johtuen. Kipua ja lievää lämmön nousua alentamaan voidaan käyttää lapsille tarkoitettuja kipulääkkeitä. Leikkauskipu rauhoittuu yleensä 3-4 vrk kuluessa. Ruokailussa ei ole rajoituksia, mutta leikkauspäivänä kannattaa suosia viileitä ja pehmeitä ruokia. Toipumisen kannalta on tärkeä kiinnittää huomiota riittävään nesteensaantiin. Viikon ajan tulee välttää liikuntaa, ponnisteluja ja saunomista. Päivähoidosta tai koulusta pitää olla pois kaksi päivää. Hengitys saattaa haista epämiellyttävälle noin viikon ajan, kunnes haavapinnalle muodostuneet peitteet irtoavat. Hampaat voi pestä normaalisti. Lääkəriin tulee ottaa yhteyttä jos ilmenee verenvuotoa ja oksentelua, lapsi kuumeilee (yli 38 astetta) tai syöminen/juominen ei onnistu. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Leikkauksenalue ei yleensä vuoda leikkauksen jälkeen. Jos niin kuitenkin tapahtuu, haava vuotaa leikkauuspäivänä. Jälkivuototilanteessa lapsi on syytä kuljettaa välittömästi leikkaukseen sairaalaan. (Blomgren 2015a.)

Aikuisilla kitarisa poistetaan aina ja lähetetään patologille tutkittavaksi. Syynä voi olla murrosiässä surkastumatta jäänyt kitarisa, se voi olla kuitenkin merkki myös tulehduksesta tai imusolmukeesyövästä. (Blomgren 2015a.)



KUVA 4. Kurkun alueen anatomia

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00428

5.3.3 Nielurisaleikkaus eli tonsillectomia

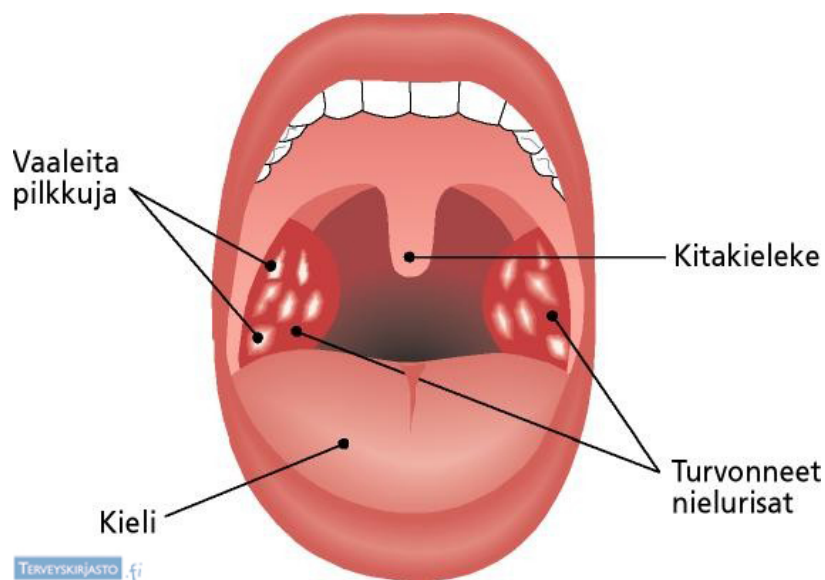
Nielurisat sijaitsevat nielun sivuseinillä (Kuva 5). Nielurisojen koko ja rakenne vaihtelevat yksilöllisesti. (Saarelma 2015a.) Toimenpide tehdään nukutuksessa yleensä päiväkirurgisena toimenpiteenä (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016). Aiheena nielurisojen poistolle voivat olla mm. toistuvat nielurisojen tulehdukset. Nielurisojen ollessa niin isot, että ne vaikeuttavat puhumista tai hengitystä, voi olla syytä nielurisojen poistolle. (Saarelma 2015a.) Lapsilla myös nielurisojen iso koko voi aiheuttaa kuorsausta ja hengitysvaikeuksia (Pitkäranta 2011, 216). Nielurisasairauksista yleisin on äkillinen nielutulehdus (angiina). Myös kurkkupaise voi kehittyä risakudoksen ympärille ja oireena on mm. kuumetta ja nopeasti kehittyvää nielun toispuoleista ahtautumista. Nielurisoissa olevat ontelot ovat hyviä kertymäalueita kuolleelle ihosolukolle ja ruoan tähteille. Näiden ikävän hajuisten ”proppujen” kertyminen voi vaikeimmillaan olla syy nielurisojen leikkaamiselle myös aikuisiällä. (Saarelma 2015a.)

Leikkauksen jälkeen tulee kiinnittää erityisesti huomiota komplikaatioiden, kuten verenvuodon ehkäisyyn ja kivun hoitoon, koska kivut ovat kovia leikkauksen jälkeen

(Saarelma 2015a). Leikkauksen jälkeen kurkku on kipeä ja turvoksissa noin 10 - 14 vuorokauden ajan. Kurkku on kipeimmillään 4 - 6 vuorokauden ajan leikkauksesta. Nielemisarkuutta ja korviin säteilevää kipua esiintyy kahden viikon ajan. Lievää lämmön nousua saattaa ilmaantua leikkauksen jälkeen. Potilaalle sopivaa kipulääkitystä tarvitaan usein vähintään viikon ajan säännöllisesti ja sen jälkeen tarpeen mukaan. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

Kuumaa ja karkeaa ruokaa/juomaa ei vuotoriskin takia suositella leikkauksen jälkeen 10 vuorokauteen, mutta voinnin parantuessa tulisi pyrkiä monipuoliseen ruokavalioon. Toipumisen kannalta on tärkeä kiinnittää huomiota riittävään nesteensaantiin. Kahden viikon ajan tulee välttää kuntoliikuntaa, ponnisteluja, kuumia kylpyjä sekä saunomista. Nielurisojen poisto jättää nieluun haavapinnat, jotka leikkauksen jälkeen peittyvät vaalealla peitteellä. Hengitys saattaa haista tällöin epämiellyttävälle. Peitteet irtoavat noin 1 - 2 viikon kuluttua leikkauksesta, samalla esiintyy usein pientä itsestään lakkaavaa verenvuotoa. Jos nielusta alkaa vuotaa verta, potilas voi ottaa jääpalan suuhun ja asettaa kylmäpussi kaulalle. Lääkəriin tulee olla yhteydessä, mikäli potilaalla ilmenee runsasta verenvuotoa, nieleminen ei onnistu tai nousee yli 38 asteen kuume. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

Sairasloma-aika on kaksi viikkoa. Koulun voi mennä viikon kuluttua leikkauksesta, mutta liikunnasta on oltava pois kaksi viikkoa. Leikattu lapsi tarvitsee aikuisen valvontaa viikon ajan. Puhua potilas saa normaalisti. Haavapintojen paranemista edistää hyvä suuhygienia, joten hampaat saa pestä tavalliseen tapaan. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)



KUVA 5. Suun alueen anatomia

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00309&p_haku=nielurisatulehdus

5.3.4 Kurkunpääntähystys

Kurkunpään tähystys eli laryngomikroskopia tehdään jos muilla keinoilla ei saada kurkunpään riittävää näkyvyyttä. Savonlinnassa tähystys tehdään päiväkirurgisesti yleisanestesiassa. Toimenpide tehdään kurkunpään tilan tarkistamiseksi, tarvittaessa otetaan koepaloja. Myös kurkunpään toimintaa voidaan tarkistaa. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Kurkunpäättä tutkittaessa ja oireita selvittäessä on tärkeää tutkia myös kaulan alue. Kurkunpäättä voidaan kuvata myös TT-, PET-TT- ja magneettikuvauksella. (Aaltonen 2011, 238.)

Toimenpiteen jälkeen saatetaan suositella äänilepoa. Äänilevon pituus riippuu suoritetusta toimenpiteestä. Äänilevon aikana pitää puhua mahdollisimman vähän, kuiskamista ja rykimistä on vältettävä. Toimenpideiltä on hyvä lepäillä. Toimenpidepäivänä kannattaa välttää karkeita ruokia ja juomia, mutta seuraavana päivänä voi syödä ja juoda normaalisti. Kurkkukipu on yleensä lievää. Tarvittaessa potilas voi käyttää reseptivapaata kipulääkettä erillisen ohjeen mukaan. Lääkäriin otetaan yhteyttä, jos kurkun alueella esiintyy voimakasta kipua. (Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

5.3.5 Korvanedussylkirauhasen poistoleikkaus eli parotidectomy

Ihmisellä on sylkirauhasia kolme paria. Ne sijaitsevat korvan edessä ja suun pohjassa. Rauhasen tarkoituksena on erittää sylkeä, joka kostuttaa ja puhdistaa suuonteloa ja nielua. Sylki käynnistää myös ruoansulatuksen liuottamalla kiinteää ravintoa. (Saarelma 2015c.) Korvasylkirauhasen eli glandula parotis erittää niin kutsuttua seroosia eritettä. Rauhasen tiehyt aukeaa posken limakalvoille yläposkihampaiden tasolle. Rauhasta ympäröi tiivis kapseli. Syljeneritykseen vaikuttavat parasympaattiset säikeet tulevat siihen ns. Jakobsonin hermon kautta. Kasvohermo haarautuu rauhasen sisällä jakaen sen pienempiin lohkoihin. Korvasylkirauhasen sisältää myös imusolmukkeita sekä imukudosta. (Nuutinen 2011, 225 - 226).

Sylkirauhaset voivat aiheuttaa ongelmia tulehdustilojen, kasvainten ja toiminnan häiriöiden vuoksi. Kasvaimista 80 % on hyvälaatuisia ja sijaitsevat yleensä korvasylkirauhasessa, ne ovat usein myös hitaasti kasvavia ja kivuttomia. Rauhasstiehyisiin voi muodostua myös ns. sylkitiekiviä. (Saarelma 2015c.) Kasvaimet ilmenevät oireettomina tai vähäoireisina. Hyvänlaatuiset kasvaimet ovat useimmiten pleomorfisia adenoomia, hoitamattomana ne voivat joskus muuttua pahanlaatuisiksi. Kasvaimet hoidetaan vaikka ohutneulanäytettä ei olisi otettu tai sen tulos on epävarma. Sylkirauhaskasvaimet poistetaan aina mukaan ottaen viereistä rauhaskudosta. (Nuutinen 2011, 225 - 226). Hyvä- ja pahanlaatuista kasvainta on mahdotonta erottaa toisistaan, etenkin varhaisessa vaiheessa. (Atula 2007, 1714) Sylkirauhaset tutkitaan ultraäänivälineillä sekä kliinisesti. Koepaloja ei oteta, koska kuten korvasylkirauhasen poistoleikkaukseen, myös koepalan ottoon liittyy aina kasvohermoalvauksen riski. (Nuutinen 2011, 225 - 226). Korvasylkirauhasen leikkausta ei toteuteta rutiininomaisesti juuri sen vuoksi (Atula 2007, 1712).

Parotidectomy tehdään nukutuksessa ja leikkaus kestää noin kahdesta neljään tuntiin sen laajuudesta riippuen. Leikkauksen jälkeen potilaan pitää jäädä yön yli sairaalaan osastohoitoon. Yleensä alueelle jätetään dreeni, joka poistetaan ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Leikkaushaava on pitkä ja se kulkee mutkitellen korvan edestä kohti kaulaa. Se suljetaan Savonlinnassa ompelein, jossain muissa sairaaloissa käytetään myös hakasia. Ompeleet poistetaan noin 7 - 10 vuorokauden kuluttua, jonka jäl-

keen saa taas saunoa ja uida. Potilas voi käyttää itselleen sopivaa reseptivapaata kipulääkettä erillisen ohjeen mukaan ainakin 4 postoperatiivista päivää. Sairausloman kesto on kaksi viikkoa ja sen aikaa tulee olla rauhallisesti ilman ponnistelua ja rehkimistä. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.)

Joskus leikattu alue hikoilee kaulan leikatulta puolelta, tätä ns. makuhikoilua kutsutaan Freyn syndroomaksi. Korvasylkirauhasen leikkauksesta saattaa potilaalle aiheutua nervus auriculotemporaliksen vaurio, jolloin syljenerityksen aktivoituessa ilmaantuu liikahikoilua leikatun puolen poskelle, leukakulmaan sekä kaulan ja korvan alueelle. (Ylitalo 2011).

6 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Olemme valinneet menetelmäksi tuotekehitysprosessin ja hyödynnämme siinä Jämsän ja Mannisen (2000) mallia kirjasta *Osaamisen tuotteistaminen sosiaali - ja terveysalalla* sekä Windahln ja Välimaan (2012) mallia teoksesta *Tuotekehitysprojekti AMK-yritysyhteistyönä - opas tekijöille ja toimeksiantajille*. Tarkoitus on kehittää materiaalin tuote eli potilasohje. Laadukas ja pitkäikäinen tuote muodostuu tuotekehitysprosessin kautta, siihen innoittaa visio ja sen päähenkilönä on asiakas. (Jämsä & Manninen 2000, 14.)

Jämsä ja Manninen (2000) ovat mallissaan jakaneet tuotekehitysprosessin terveysalalla viiteen eri vaiheeseen, joita voidaan tehdä limittäin toistensa kanssa. Vaiheet järjestyksessä ovat ongelmien ja kehittymistarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, kehittelyvaihe ja viimeistelyvaihe. Windahl ja Välimaa (2012) taas jakavat prosessin ideavaiheeseen, esiselvittelyvaiheeseen, projektin perustamis- ja käynnistämisen vaiheeseen, tuotekehitys- ja prototyypin vaiheeseen, viimeistelyvaiheeseen ja projektitiedon siirto- ja projektin päättämisen vaiheeseen. Työtä olemme tehneet näiden mallien yhdistelmällä. Jämsä ja Manninen ovat uranuurtajia sosiaali - ja terveysalalla, mutta heidän kirjansa on jo aika vanha. Halusimme tuoda työhön myös tuoreempaa näkökulmaa ja siksi yhdistimme kaksi toimintatapaa.

Lipposen (2014) väitöskirja antoi tukea sille ajatukselle, että pystymme kehittämään ohjaustyötä KNK-poliklinikalla. Tutkimuksen mukaan kehittämistyö ei aina tarvitse tuekseen suuria projektiorganisaatiota, sen sijaan työyhteisössä voidaan tehdä kehittämistyötä pikkuprojekteina tai työpajatyöskentelyn avulla (Lipponen 2014, 71).

6.1 Kehitystarpeen tunnistamisesta ideaan

Terveysalalla tuotteistaminen etenee tuotekehityksen perusvaiheiden mukaisesti. Tavoitteet ja päämäärät määräytyvät kunkin hankkeen mukaisiksi. Tuotteen kehittäminen vaatii sekä innovaatioprosessia ja esiselvitystä. (Jämsä & Manninen 2000, 28). Tutkimus on luonteeltaan soveltava eli sillä tavoitellaan käytännöllistä hyötyä (Vilkkä 2015, 226). Tuotekehitysprosessi on kehittämistutkimuksen alalaji. Kehittämistutkimuksen agenda on, että muutoksen aikaansaamiseksi kehitetään esimerkiksi konkreettinen tuote. Kehittämistutkimus vaatii aina tutkimuksellista otetta sekä tutkimusosion. Kehittämistutkimus alkaa aina intervention tarpeellisuuden arviolla. (Kananen 2015, 76.)

Ensimmäinen neuvottelu työn idean tiimoilta käytiin keväällä 2015 apulaisosastonhoitajan kanssa. Keskusteluissa tuli esiin tarve kehittää potilasohjeita. Potilasohjeet eivät enää toivotulla tavalla vastanneet tarpeisiin, eivät henkilökunnan eivätkä potilaiden. Myös toinen meistä tekijöistä tuli mukaan projektiin toukokuussa 2015. Arvioimme tämän työn olevan tarpeellinen sekä työelämälähtöinen. Tässä vaiheessa siis tunnistimme kehittämistarpeen ja saimme idean työhön. Idea ei ole erityisen innovatiivinen, mutta sitäkin käytännön läheisempi ja siitä on hyötyä toimeksiantajalle. Idea esiteltiin opinnäytetyön ohjaavalle opettajalle ja hän osoitti suostumuksensa hankkeelle. Esittelimme idean toukokuussa 2015 myös vastaavalle hoitajalle, joka antoi suostumuksensa projektille. Sopimus SOSTERIn kanssa tehtiin 9.10.2015 virallisen ideapaperin ja kirjallisuuskatsauksen hyväksymisen jälkeen.

Potilaiden tarpeet ja odotukset ohjaamisen suhteen ovat kasvaneet. Tällaiselle työlle oli siis tarvetta myös teoreettisen esiselvityksen mukaan. Potilaan rooli vastuunkantajana ja toimijana omassa hoidossaan on kasvanut. Hoitoajat ovat lyhentyneet, poliklininen hoito on lisääntynyt sekä sairaalassaoloaika lyhentynyt. Potilaat kaipaavat sekä tiedollista että psykososiaalista tukea. Potilaat tarvitsevat tietoa myös hoitojen sivu-

vaikutuksista, jatkohoidosta sekä sairauden vaikutuksesta elämään. (Eloranta ym. 2014 b, 64 - 65.) Näissä osa-alueissa oli kehitettävää aikaisemmissa ohjeissa.

Ongelmalähtöisen lähestymistavan tavoite onkin yleensä käytössä olevan palvelumuodon parantaminen ja tuotteen uudelleen kehittäminen, kun se itsessään tai sen laatu eivät enää vastaa tarkoitustaan. Lähtökohtana meillä oli siis uuden tuotteen kehittäminen vanhentuneen pohjalta. Meillä oli olemassa oleva tuote, jonka me tuotteistamisprosessin avulla uusimme vastaamaan nykyisiä tarpeita. Toisaalta laadimme ohjeita myös toimenpiteisiin, joihin ei vielä ohjetta ollut, tässä tapauksessa kyse oli myös uuden tuotteen kehittämisestä. Siinä tunnistetun kehittämistarpeen pohjalta lähdetään tuotteistamisprosessin kautta kehittämään uutta tuotetta (Jämsä & Manninen 2000, 29–31). Tutustuimme hyvin tarkkaan poliklinikan vanhoihin potilasohjeisiin. Saimme niistä paljon käyttökelpoista tietoa, joka varmennettiin vielä sopimaan nykyaikaan. Täysin uusia ohjeita oli tarkoitus viisi kappaletta, muista toimenpiteistä ja leikkauksista oli olemassa aikaisemmat ohjeet, jotka prosessissa päivitettiin.

Tällaisen työn ideointia toteutetaan heterogeenisellä osaaajajoukolla ja vapaassa ilmapiirissä. Usein asiakas osallistuu työhön jo tässä vaiheessa. Ideoinnin apuna voidaan käyttää erilaisia menetelmiä, kuten aivoriihiä ja tuumatalkoita, joiden tarkoituksena on luoda innovatiivinen ja ajatusten esilletuomiselle vapaa ilmapiiri. (Windahl & Välimaa 2012, 12–17.) Käytimme itse ideapankkimenetelmää eli keräsimme eri tahoilta ideoita siitä, miten ongelma tulisi ratkaista ja tuotetta kehittää (Jämsä & Manninen 2000, 37). Ideoimme alusta alkaen yhdessä työelämäohjaajan kanssa ohjeiden sisältöä sekä muotoilua. Tuotekehitys edellyttääkin monien asiantuntijoiden ja tahojen välistä tiivistä yhteistyötä (Windahl & Välimaa 2012, 12–17). Tämä toteutui meillä alusta saakka hyvin.

Innovaatioilla ja vaihtoehtoilla pyrittiin löytämään ratkaisua ongelmaan, eli vanhentuneisiin potilasohjeisiin. Luovan ongelmanratkaisun mukaisesti etsimme avoimella ja sallivalla otteella, millainen tuote vastaisi tarpeisiin parhaalla mahdollisella tavalla. Vasta jälkikäteen mietitään, mikä vaihtoehtoista tuottaa parhaan lopputuloksen (Jämsä & Manninen 2000, 35). Vaihtoehtoja ja erilaisia toteutustapoja etsimme kirurgisen potilasohjaukseen liittyvistä tutkimuksista. Millaisella näkökulmalla lähdemme kehittämistyötä tekemään? Mikä on nykypäiväinen suuntaus ohjauksessa? Käytämmekö tiedonlähteenä pelkkää teoriaa vai asiantuntijalääkäreitä? Mistä näkökulmasta ohjaa-

mista käsitellään? Mitä seikkoja nostetaan esille? Aiommeko testata tuotetta potilail-
la? Onko tuote esimerkiksi sähköisessä muodossa?

Tiedonkeruumenetelmäksi valikoitui meille teoreettiseen tietoon tutustuminen sekä asiantuntijahaastattelu (Kananen 2014, 56). Tietoa hankittiin haastattelemalla työelä-
mäohjaajaamme sekä hakemalla palautetta ohjeisiin lääkäreiltä ja poliklinikan hoitajil-
ta. Työn edetessä sitä ovat ohjanneet strategiat ja muutostarpeet. Joistain visioon liit-
tyvistä asioista luovuttiin projektin edetessä. (Jämsä & Manninen 2000, 38–39.) Oli
antoisaa yhdistää vankka kokemusperäinen tieto tutkimustuloksiin ja potilasohjauksen
teoriaan.

Ideointiprosessissa osallistujien erilaisuus on rikkaus. Yksi voi herättää kysymyksiä,
ennakoida tarpeita ja tutkia asioita. Toisella on näkemystä esittää erilaisia ratkaisueh-
dotuksia, jotka poikkeavat tavanomaisesta. Kolmas toimija on kriitikko. Erilaisia nä-
kökulmia yhteen sovitetaan yhteisen päämäärän aikaansaamiseksi. Loimme nykyisestä
toiminnasta vision, teimme erilaisia analyyseja, kirjasimme ideoita ja mahdollisuuk-
sia. (Jämsä & Manninen 2000, 38–39.) Visiossa määritimme esimerkiksi sen, mitä
ohjauksella halutaan saada aikaan. Kävimme läpi suuren määrän tietoa prosessin aika-
na, läheskään kaikki eivät ohjeisiin tai raporttiin saakka ole päätyneet. Tämä on kui-
tenkin ollut tärkeää lopullisen tuotteen valmistumisen kannalta. Alkuun kaavailimme
ideapapereille erilaisia hahmotteluja siitä, millaisia ohjeita aioimme tehdä. Osa hylät-
tiin, osa taas otettiin käyttöön.

Jo alkuvaiheessa mietimme, millaisia asiakasryhmiä ongelma koskettaa (Jämsä &
Manninen 2000, 29–30). Toimenpiteeseen saapuvat potilaat voivat olla kaiken ikäisiä,
myös lapsia. He voivat olla miehiä, naisia ja koulutustaustaltaan hyvin erilaisia. Usein
potilaalla on useita aikaisempia käyntejä poliklinikalla ennen leikkauspäätöstä. Kor-
van, nenän tai kurkun alueen ongelmat ovat potilaalle jo entuudestaan tuttuja. (Korva-
, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka 2016.) Asiakasryhmän erilaisuus toi haasteita
tuotekehitykseen. Kuinka yksi ohje voi palvella näin erilaista joukkoa?

Teoreettiseen taustaan tutustuessa tuli esiin, että potilaat tulisi ottaa mukaan potilasoh-
jauksen kehittämistyöhön ideoimaan ja kehittämään ohjeita. Grahnin (2014) tutkimuk-
sen mukaan ennen julkaisua ohje olisi syytä luetuttaa ainakin 3 - 5 potilaalla, jotka
tulevat erilaisista potilasryhmistä, sukupuolen, iän ja koulutustason osalta. Heiltä tulisi

selvittää, onko ohje ymmärrettävä, löytävätkö he oleellisen tiedon ja muistavatko he ohjeessa annetun informaation. Potilailta tulisi saada hyväksyntä ohjeille. Lisäksi tieto siitä, käyttävätkö he ylipäänsä ohjetta, olisi tärkeä. (Grahns 2014, 58.) Pohdimme tätä asiaa pitkään, kun mietimme työmme toteutustapaa. Selkeintä kuitenkin oli, että keskitymme tiedon keräämisessä teoreettisen tiedon ja asiantuntijahaastattelun keinoilla saamaamme tietoon. Emme siis tässä työssä testaa ohjeita potilailla. Opinnäytetyön prosessiin kuuluukin aiheen rajaaminen sillä tavoin, että se ei laajene mahdottomuuksiin. Tässä on kuitenkin yksi erinomainen jatkotutkimusidea.

6.2 Projektin käynnistäminen

Kun mikä tahansa projekti lähtee liikkeelle, sille asetetaan tavoitteet, työryhmä ja resurssit. Tähän vaiheeseen kuuluu useampia kohtia, joista ensimmäisessä tehdään projektisuunnitelma, joka toimii työn punaisena lankana. Siihen koottiin kirjallisuuskatsaus, jota varten etsimme paljon aiheeseen liittyviä tutkimuksia. Kaikki eivät lopulliseen työhön päätyneet. Kirjoitimme myös suurimman osan teoreettisesta viitekehyksestä tutkimussuunnitelmaan. Se tosin täydentyi paljon ja ennen kaikkea tarkentui yksityiskohtiin vielä myöhemmin.

Aikataulutus on mukana heti projektin ensivaiheista. Riskianalyysissä puolestaan tunnistettiin projektin vaaratekijät. (Windahl & Välimaa 2012, 22–24.) Työmme projektisuunnitelma eli tutkimussuunnitelma valmistui joulukuussa 2015. Tutkimussuunnitelman hyväksyminen oli tärkeä, koska sen jälkeen saimme hakea tutkimuslupaa ja jatkaa tuotteen kehittelyä. Tutkimussuunnitelmaa ennen olimme miettineet tarkkaan omat tavoitteemme, kuulleet toimeksiantajaa sekä määrittäneet omat resurssimme työn tekoon. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) on projektimme aikataulu.

TAULUKKO 1. Opinnäytetyön aikataulu

Aikataulu	Työvaihe
toukokuu 2015	Idea aiheesta syntyi KNK- poliklinikalla
elokuu 2015	Tekijöiden palaveri, suuntalinjat työlle. Tiedonetsintä.
syyskuu- marraskuu 2015	Yhteydenotto KNK-poliklinikalle. Tapaaminen ja tavoitteiden laatiminen. Ideapaperi sekä kirjallisuuskatsaus. Sopimus opinnäytetyöstä 9.10.2015. Teorian läpikäyminen, tiedon kerääminen. Ohjeiden luonnostelu.
joulukuu 2015	Teoriaosuuden kirjoitus. Suunnitelmaseminaari 9.12.2015. Opinnäytetyösuunnitelman hyväksyminen 9.12.2015. Tutkimuslupa 14.12.2015. Alustavat potilasohjeet valmiiksi.
tammikuu 2016	Alustavat potilasohjeistukset eli prototyypit kommentoitavaksi 15.1.2016 ja takaisin tekijöille korjattavaksi 29.2.2016.
helmikuu 2016	Tuotekehitystyötä. Ohjeet uudelleen tarkistettavaksi poliklinikalle ja korjattavaksi tekijöille Raportointia.
maaliskuu 2016	Ohjeiden viimeistelykorjaus palautteen 5.3.2015 ja 15.3.2016 pohjalta. Raportin kirjoittaminen.
viikko 12	Opinnäytetyöesityksen sopiminen.
viikko 13	ONT-työpaja. Valmis tuote ja sen viimeistely kielipöydästä ja ulkonäöllisesti 31.3.2016. Hyväksyntä 3.4.2016.
viikko 14	Viimeistely ja arvioitava ONT lähetetään ohjaajalle, opponenteille ja toimeksiantajalle. Informointi poliklinikalle ja ohjeet sähköiseen muotoon.
viikko 16	Esitysseminaari 19.04.2016. Valmis tuote toimeksiantajalle.
toukokuu 2016	Opinnäytetyö kokonaisuudessaan valmiina ja ohjeet KNK- poliklinikan käytössä.

Työryhmään kuuluivat ennen kaikkea opinnäytetyöntekijät. Toki myös toimeksiantaja voidaan tulkita työryhmään kuuluvaksi. Projektin riskeihin lukeutuivat resurssien riittävyys ja henkilöriskit. Tästä voisimme nostaa esiin meidän tekijöiden omat voimavarat. Työ on kokonaisuudessaan hyvin laaja ja syystalvi 2015–2016 hyvin kiireinen

myös muiden opintojen suhteen. Saisimmeko kaiken valmiiksi aikataulun mukaisesti ja etenisikö työ toivotulla tavalla? Tämä vaati vahvaa sitoutumista työn tekoon. Aikatauluttamisesta ja vastuun jakamisesta oli paljon hyötyä ja se edesauttoi prosessin etenemisessä. Tiivis yhteistyö toimeksiantajan kanssa ja sovitut päivämäärät auttoivat projektia etenemään.

6.3 Luonnosteluvaihe

Esiselvittely eli luonnosteluvaiheessa syvennetään selvitystyötä ennen varsinaista tuotekehitystyötä. Yhteispalavereissa saadaan nivottua kerätyt tiedot yhteen ja tämän vuoksi ryhmän onkin työskenneltävä tiiviisti yhdessä. (Windahl & Välimaa 2012, 18–21.) Tuotteen luonnosteluvaihe käynnistyy, kun on tehty päätös siitä, millainen tuote on aikomus suunnitella ja valmistaa. Olimme siis ideointivaiheessa päätyneet kirjalliseen potilasohjeeseen. Luonnosteluvaiheessa tehdään analyysiä, mitkä tekijät vaikuttavat ja ohjaavat luonnostelua. Jämsä & Manninen (2000) ovat esittäneet ohjaaviksi tekijöiksi asiakasprofiilia, tuotteen asiasisältöä, asiantuntijatietoa, arvoja ja periaatteita, toimintaympäristöä, säädöksiä ja ohjeita sekä sidosryhmiä. Kun näistä jokainen näkökulma otetaan huomioon ja muokataan tukemaan toisiaan, syntyy tuotteen laatu. (Jämsä & Manninen 2000, 43.)

Asiakasprofiilin selvittäminen on tärkeää, koska he ovat ensisijaiset hyödynsaajat (Jämsä & Manninen 2000, 43). Tässä kohdassa myös toimeksiantajan näkökulma otettiin vahvasti huomioon, koska potilasohjeet toimivat heidän päivittäisenä työkalunaan. Synteesin tekemisellä eli erilaisia näkökohtia analysoimalla löytyvät tekijät, jotka ovat suunniteltavan tuotteen kannalta oleellisia. Tuotekonsepti täydentyy tuotespesifikaatioksi, kun osaamme vastata seuraaviin kysymyksiin koskien tuotetta: Ketkä ja millaisia ovat tuotteen käyttäjät ja hyödynsaajat? (Jämsä & Manninen 2000, 51–52.) Hyödynsaajina toimivat henkilöstön lisäksi potilaat, jotka menevät toimenpiteeseen sekä heidän omaisensa. Asiakasryhmää mietimme jo ideavaiheessa. Muita, jotka osallistuvat tuotteen käyttöön tai joista sen hyödyntäminen riippuu, ovat Savonlinnan keskussairaalan päiväkirurginen yksikkö, leikkausosasto, heräämö sekä kirurginen osasto ja joskus myös päivystyspoliklinikka. (Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016). Ohjeen tulisi vastata kaikkien näiden ryhmien tarpeisiin.

Vastuunjako tulee olla selvänä kaikille luonnosteluvaiheessa (Windahl & Välimaa 2012, 18-21). Me opinnäytetyöntekijät jaoimme vastuuta syksystä 2015 saakka. Vastuuta jaettiin siten, että toinen opiskelija otti toimenpiteistä teorian ja ohjeen teon osalta seuraavat: FESS, caldwell-luc, polypektomia, parotidectomy, dacryocystorhinostomia, septoplastia sekä nenäverenvuotopotilaan ohjeen. Eli nenän alueen toimenpiteet. Toinen huolehti kokonaan korvan ja osittain kurkun alueen toimenpiteistä. Hänen vastuullaan olivat tonsillektomia, adenotomia, tärykalvon rasvapaikkaus, kurkunpääntähystys sekä korvien putkitus. Syksyllä ohjeista jäi pois tärykalvon puhkaisuun liittyvä ohje. Vastuunjaosta toimeksiantajan kanssa sovimme siten, että työelämäohjaaja toimittaa ohjeet luettaviksi poliklinikan lääkäreille oman tarkistuksensa jälkeen. Yhteistyö lääkäreiden kanssa toimi siis työelämäohjaajan kautta.

Tuotteen asiasisällön selvittäminen edellyttää tutustumista tutkimustietoon aiheesta. Suunnittelussa voi olla tärkeää hoitokäytänteiden tunteminen ja lääketieteelliset tutkimukset. (Jämsä & Manninen 2000, 47–49.) Teoreettisessa viitekehyksessä olimme pohtineet esimerkiksi, millaisia oppimistarpeita kirurgisella potilaalla on ja millaisista asioista potilaat ylipäänsä haluavat ja tarvitsevat tietoa. Hoitokäytänteisiin tutustuimme teorian pohjalta ja saamamme palautteen pohjalta.

Tutustuimme luonnosteluvaiheessa tarkasti useiden muiden sairaaloiden potilasohjeisiin. Aikaa niiden lukemiseen käytettiin paljon ja ennen kaikkea pohdintaan, mikä on niiden vahvuus. Erityisesti vertasimme Kuopion yliopistollisen sairaalan, Mikkelin keskussairaalan ja Vaasan keskussairaalan ohjeita omiimme. Tämä työskentelytapa noudattaa niin kutsuttua benchmarking-ajatusta, jossa suoritetta tai toimintatapaa verrataan toisen organisaation vastaavaan. Siinä tunnistetaan laatutekijöitä ja hyödynnetään toimiviksi todettuja tapoja. (Jämsä & Manninen 2000, 37 - 38). Esimerkiksi KYSin ja Mikkelin keskussairaalan ohjeisiin vertaaminen oli luonnollista, koska osa myös Savonlinnan korva-, nenä- ja kurkkutautien potilaista hoidetaan siellä ja yhteistyötä tehdään paljon. KYS vastaa Savonlinnan keskussairaalan erityistason hoidosta. (Korva-, nenä, ja kurkkutautien poliklinikka 2016). Saimme ideoita muun muassa ohjeiden otsikointiin, sisältöön ja ulkoasuun. Luonnollisesti käytimme tietolähteenä myös poliklinikan omia vanhoja ohjeita. Saimme niistä paljon ideoita ja tietoa omiin ohjeisiimme. Vanhoista ohjeista hyödynsimme mm. sisältöä ja sairaalan omia käytänteitä. Lääketieteelliseen pohjaan ja hoitokäytänteisiin ottivat kantaa KNK-poliklinikan

lääkärit ja hoitajat, jotka lukivat ja sisällön osalta tarkastivat ohjeemme kahteen kertaan.

Organisaatio ja yksikkökohtaiset linjaukset on otettava huomioon asiasisällön sekä tyylin valinnassa (Jämsä & Manninen 2000, 47–49). Tässä meidän tuli ottaa huomioon sekä SOSTERIn että KNK-poliklinikan vaatimukset. Linjaus esimerkiksi edellytti lisäksi, että käytämme tiettyä fonttia ja logoa. Toimintatavan mukaan päiväkirurgisen potilaan valmistelu leikkaukseen kuuluu erilliseen kutsukirjeeseen. Siinä muistutetaan esimerkiksi potilasta saapumaan ravinnotta, peseytyneenä, tauottamaan lääkkeensä, sekä kerrotaan aiheet leikkauksen perumiselle ja muita tärkeitä asioita. Poliklinikalla oli jo käytössä preoperatiivinen yleisohje leikkauksiin ja toimenpiteisiin tulijoille, joten niitä meidän ei tarvinnut käydä läpi omissa ohjeissamme. Alussa olisimme halunneet sisällyttää nämä leikkaukseen valmistelevat asiat työhömmme.

Tuotekehityksessä on esitettävä myös kysymyksiä, kuten mitä arvoja ja periaatteita toivotaan tuotteen ilmentävän? Minkälaiset periaatteet ohjaavat sen suunnittelua ja valmistamista? (Jämsä & Manninen 2000, 51–52.) SOSTERIn arvoihin kuuluvat asiakkaan hyvinvointi, henkilöstön osaaminen, laadun luotettavuus, talouden vastuullisuus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja itsemääräämisoikeus (Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015). Halusimme ohjeiden ilmentävän näitä arvoja.

Lisäksi on pohdittava, mitkä tuotteen käytön välittömät ja pidemmän aikavälin tavoitteet ovat ja mitä niiden saavuttaminen edellyttää (Jämsä & Manninen 2000, 51–52). Tavoitteena meidän ohjeillamme oli tukea voimavaraistavaa ohjausta ja ylipäänsä onnistunutta ohjausta. Niiden tulee edesauttaa potilaan selviytymistä toimenpiteen jälkeen ja ennaltaehkäistä komplikaatioita. Tavoitteita on käsitelty tarkemmin tämän työn luvussa 3. Tuotteen käyttäminen ja tavoitteiden saavuttaminen edellyttää tuekseen myös suullisen ohjauksen. Pitkän aikavälin tavoitteena oli toki valmistaa tuote, joka on laadukas ja pitkäikäinen, se voidaan tarvittaessa päivittää ja se palvelee useaa toimijaa.

Tuotteen kehittäminen etenee luonnosteluvaiheessa valittujen ratkaisuvaihtoehtojen mukaisesti. Siinä otetaan huomioon periaatteet sekä rajaukset asiantuntijayhteistyön mukaisesti. Tuotteen keskeisin ominaisuus, sen ollessa aineeton, on informaation antaminen. Keskeisin sisältö ohjeiden laatimisessa muodostuu tosiasioista, jotka pyritään

kertomaan mahdollisimman täsmällisesti, ymmärrettävästi ja vastaanottajan tiedontarve huomioiden. Ohjelehtiset ovat tavallisimpia informaation välittäjiä. Asiasisältöä mietittäessä on otettava huomioon kenelle ja missä tarkoituksessa tietoa välitetään, kuten jo ideointivaiheessa olemme huomioineet. (Jämsä & Manninen 2000, 54.) Tuotteen aikaansaamiseksi vaaditaan yhteistyötä sekä asiantuntemusta. Tuotteen suunnittelua ja kehittelyä tulee arvioida tuotekehitysprosessin eri vaiheissa. Kuten mekin olemme tehneet ja tarpeen tulleen muuttaneet tuotetta tarvittaessa. Luonnosteluvaiheessa ratkaistaan ne asiat, joita tuotekehityssuunnitelma vaatii. (Jämsä & Manninen 2000, 51–52.) Alla olevassa olemme selkeyden vuoksi vielä listanneet luonnosteluvaiheessa työtä ohjanneita asioita, joihin tuotekehityssuunnitelmamme pohjautui.

Tekijöiden omat tavoitteet:

- voimavaraistava ohjaus
- omaisten huomioiminen
- potilasturvallisuus ja infektioiden ehkäisy
- hyvän ohjeen kriteerit kirjallisuuden mukaisesti
- potilaslähtöisyys, ymmärrettävyys, luettavuus
- osana ohjausprosessia
- arvot ja eettisyys

Toimeksiantajan tavoitteet:

- SOSTERIn muotovaatimukset
- asiakaskunnan tarpeet, tunteminen ja tunnistaminen
- lyhyen ytimekkäät, A4:n kokoiset, asiakieliset
- muiden sairaaloiden kanssa samassa linjassa (benchmarking)
- perehdyttämisen tueksi, ohjaamisen tueksi
- vanhojen ohjeiden uusiminen
- päivitysmahdollisuus - sähköiseen muotoon
- hoitavien lääkäreiden linjausten mukaiset

Asiasisältö

- asiantuntijalausunnot
- tuore tutkimustieto ja teoria
- Käypähoito-ohjeistukset
- voimassaolevat hoitokäytänteet

Luonnosteluvaiheessa kiinnitimme paljon huomiota teoreettiseen viitekehykseen. Vaiheeseen liittyi paljon tiedon analysointia, lukemista ja muistiinpanojen tekemistä. Toimeksiantajan kanssa sovimme tutkimussuunnitelman esityksessä, että ohjeiden ensimmäiset versiot olisivat luettavissa poliklinikalla tammikuussa 2016, viikolla 2.

6.4 Tuotekehitysvaihe ja prototyyppi

Tuotekehittäjät kehittävät aluksi edelleen esiselvityksen luomaa konseptia. Siihen lisätään mahdolliset muutokset ja lisäykset. Projektisuunnitelma hiotaan loppuun ja hyväksytetään lopulliseksi suunnitelmaksi, kuten me teimme. Aikataulusta kiinni pitäminen on tärkeä asia tässä vaiheessa. Seuraavana tehtiin prototyyppi ja dokumentointi. (Windahl & Välimaa 2012, 25–29.)

Virallinen tuotekehitysvaihe käynnistyi siis joulukuussa 2015 tutkimusluvan saamisen jälkeen, kun loimme jokaisesta ohjeesta prototyypin. Pysyimme suunnitellussa aikataulussa. Prototyypit ohjeista toimitettiin poliklinikalle 15. tammikuuta 2016, jonka jälkeen toimeksiantajalla oli kaksi viikkoa aikaa kommentoida ohjeita ja esittää korjauskohteet. Saimme ohjeet takaisin 29.1.2016 palaverissa, jolloin tapasimme työelämäohjaajan kasvotusten. Korjauksia ja muutoksia tuli tässä vaiheessa vielä runsaasti. Eniten korjattavaa oli siinä, että emme olleet tietoisia esimerkiksi jostain toimintatavoista ja yksityiskohdista. Prototyyppeihin oli tarpeen tehdä vielä lisää taustatyötä ja tarkentaa ohjeiden sisältöä korjausehdotusten mukaan. Muutokset tehtiin erittäin huolellisesti ja palautteen mukaisesti. Korjatut prototyypit lähetettiin edelleen tarkistettavaksi 17.2.2016.

Kirjallisten potilasohjeiden kehittämisessä käytimme apunamme periaatteessa asiantuntijahaastattelua eli täsmähaastattelua. Siinä kutsutaan henkilö asiantuntemuksensa perusteella ja odotetaan, että henkilöllä on kyky saada aikaan muutoksia ja vaikutusta asiaan eli tässä tapauksessa ohjauksen kehittämiseen. (Vilka 2015, 125.) Käytännössä tämä tarkoitti, että ohjeet menivät tammikuun 2016 alussa luettaviksi KNK-poliklinikan lääkäreille. Tämän jälkeen tapasimme työelämäohjaajamme kanssa ja kävimme ohjeistukset ja niihin kirjatut korjaukset läpi. Sovimme korjauksien tekemisestä ja ohjeiden lähettämisestä suoraan ohjaajallemme. Sovimme myös, että itse leikkauksien menetelmistä meidän ei tarvitse kirjoittaa ohjeisiimme, koska jo Savonlinnan keskussairaalan sisällä on menetelmäeroja eri leikkaavien lääkäreiden kesken. Kun korjaukset oli tehty, lähetimme taas ohjeet uudelleen tarkastettaviksi. Keskustelut työelämäohjaajan kanssa olivat antoisia ja opettavia meille. Työskentelytapaa voidaan pitää kohdallamme onnistuneena. Yhteistyö toimi moitteettomasti ja saimme aina vastauksen nopeasti, mikäli meillä ilmeni jotain kysyttävää tai tarkennettavaa.

Tuotetta lähdimme kehittämään alusta alkaen teoreettisen viitekehiksemme mukaisesti. Olimme tarkkaan miettineet, mitä hyvän potilasohjeen sisällöstä tulee löytyä, kuinka se on kirjoitettu ja miltä se näyttää. Tekstityyliksi valitaan useimmiten, kuten tässäkin tapauksessa tehtiin, asiatyyli. Tekstin tulee aueta lukijalle ensi lukemalta ja ydinajatuksen on oltava selkeä. Hyvällä jäsentelyllä ja otsikoiden muotoilulla helpotetaan lukijaa. Viestin vastaanottamista voidaan parantaa miettimällä tarkkaan puhuttelutapaa, asioiden perustelua, esimerkkien käyttöä, vaihtoehtojen esittämistä sekä käskyjen ja kieltojen käyttöä tai käyttämättömyyttä. (Jämsä & Manninen 2000, 55–57.) Näihin kaikkiin asioihin saimme myös toimeksiantajalta näkökulmaa ja näihin asioihin kiinnitimme myös tapaamisissa huomioita, samoin sähköpostikeskusteluissamme.

Ohjeemme peruskaavaksi muodostui se, että aluksi kirjoitamme sairaudesta ja toimenpiteen syystä perustietoja, sen jälkeen käydään läpi leikkaukseen tai toimenpiteeseen liittyvät tiedot ja lopuksi kotihoito-ohjeet ja yhteydenottoon sekä hoitoon hakeutumiseen liittyvät asiat. Meidän tapauksessa potilasohje on tarkoitettu käytettäväksi osana poliklinikan suullista ohjausta. Potilaan on hyvin harvoin, tai koskaan, tarkoitus käyttää potilasohjetta ilman terveysalan ammattihenkilön antamaa ohjausta.

Ohjeiden tuli näyttää tietynlaisilta. Painoasu on osa oheisviestintää. Visuaalisen linjan tulee olla yhtenäinen ja organisaation linjan mukainen. (Jämsä & Manninen 2000, 55–57.) Muutoksia mietittiin tarkkaan yhteistyössä toimeksiantajan kanssa. Yhteisen ulkoasun toteuttamiseksi loimme käyttökelpoisia fraaseja, joita käytimme ohjeistuksissa, kuten *"Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 4173391. Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 5277100."* Sovimme myös otsikoiden yhtenäistämisestä ja leikkausten latinankielisten nimien lisäämisestä ohjeiden pääotsikkoon. Palaverissa syksyllä 2015 päädyimme ohjeiden ulkoasussa tiettyyn malliin. Sovimme, että kirjoitus tulee fontilla Arial 12 ja riviväli tulisi olemaan 1,5. Ohjeissa käytettiin Savonlinnan keskussairaalan logoa.

Myöhemmin kuitenkin muokkasimme prototyyppiä, kuten tuotekehityksen ideaan kuuluu. Palautekeskustelussa toiveeksi muodostui, että riviväli muutettaisiin 1,0, jotta ohjeita saataisiin tiivistettyä yhden A4-sivun kokoiseksi. Lopulta kuitenkin päädyimme yhteistyössä siihen, että kaikissa ohjeissa ei ole järkevää tiivistää, koska siten voi

jotain oleellista jäädä ohjeesta pois. Tämä sovittiin myös toimeksiantajan kanssa. Osa ohjeista on siis pitempiä kuin toiset. Nyt niihin on saatu mahtumaan kaikki mielemme oleellinen potilaalle. Viimeiset korjaukset tehtiin sisältöön 5.3.2016 jälkeen saamiemme kirjallisten korjausehdotusten mukaan. Korjausehdotukset käytiin vielä tapaamisessa 15.3.2016 läpi. Siinä vaiheessa korjattavaa ei juurikaan enää ollut, ainoastaan muutamia pieniä kohtia. Nämä korjatut versiot lähetettiin työelämäohjaajalle 29.3.2015 ja hyväksyntä niille saatiin 3.4.2016.

6.5 Viimeistelystä valmis tuote

Kun tuote eri vaiheiden ja versioiden jälkeen valmistuu, tulee sen viimeistely käynnistää. Viimeistelyvaiheessa hiotaan yksityiskohtia ja mietitään esimerkiksi päivittämisen mahdollisuuksia. Ohjeiden laatijana meidän tulee varmistaa, että korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikan työntekijät saavat ohjeet jokapäiväiseen käyttöönsä ja ne ovat helposti heidän saatavillaan. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.)

Kaikkien tuotemuotojen kehittelyn eri vaiheissa tarvitaan arviointia sekä palautetta. Esitestaaminen on usein suosittu tapa. Koekäyttäjinä voivat toimia tuotekehitysprosessiin osallistuvat tilaajat. Vaarana on toki kritiikin puute, jos he ovat itse olleet projektissa mukana alusta saakka. (Jämsä & Manninen 2000, 80–81.) Tuotteen testaamista emme aikoneet toteuttaa. Työmme on muutenkin ollut varsin laaja, eikä tuotteen testaamiseen enää ole järkevää ryhtyä. Se olisi jo kokonaan uusi opinnäytetyö. Ohjeita ovat kuitenkin prosessin aikana lukeneet läpi toimeksiantajan lisäksi, opinnäytetyön ohjaaja, opponentit ja me tekijät. Toki on vaara, että olemme sokeutuneet oman tuottemme heikkouksille, mutta olemme pyrkineet lukemaan ohjeita mahdollisimman objektiivisesti. Näiden potilasohjeiden koekäyttäjinä toimivat KNK-poliklinikan potilaat ja muut sidosryhmät, joita ohjeet koskettavat, mutta vasta siinä vaiheessa kun olemme lopettaneet tämän prosessin. Tässä on myös yksi oivallinen jatkotutkimusehdotus.

Toimeksiantajan kanssa tapasimme 15.3.2016, jonka jälkeen teimme viimeiset korjaukset sisältöön jo aikaisemmin saamamme kirjallisen 5.3.2016 palautteen mukaisesti. Tämän jälkeen ohjeiden sisältöön ei enää lisätty tai poistettu mitään. Luotettavuuden kannalta tämä on oleellista, koska näiden versioiden sisällöt on tarkistutettu poliklini-

kalla. Viimeinen hyväksyntä ohjeille saatiin vielä 3.4.2016 sähköpostitse. Siinä sovimme vielä kielellisesti tarkistettujen ohjeiden toimittamisesta toimeksiantajalle.

Viimeistelllessämme työtä osallistuimme opinnäytetyön kirjoituspajaan 31.3.2016. Äidinkielen opettajan ehdottamia korjauksia olivat muun muassa komplikaatioita kuvaavaan kohtaan tehty muutos "*Milloin on syytä ottaa yhteyttä? Ottakaa yhteyttä, jos Teille ilmenee jotain seuraavista:*" Yhtenäistimme vielä lisää ohjeiden ulkonäköön liittyviä yksittäisiä seikkoja, kuten otsikon fontin kokoa sekä lyhenteiden käyttöä. Päädyimme myös lisäämään ohjeeseen sivunumeroinnit. Lisäsimme myös ohjeisiin otsikon **Yhteystiedot**. Teimme palautteen perusteella pieniä korjauksia ohjeisiin, koska ohjeet olivat kuitenkin jo varsin valmiit. Kieliopillisesti saimme ohjeille hyväksynnän. Ohjeiden ulkoasu sai yhä yhtenäisemmän muodon. Ohjeisiin lisättiin myös alatunnisteseen teksti *päivitetty 31.03.2016*. Samalla myös tarkistimme vielä kerran, että jokaisen ohjeen teksti mahdollisimman selkeälukuinen ja virheetön. Lopuksi tarkistimme vielä asiakirjamuotoilun samankaltaisuuden.

Viimeistelyvaiheeseen kuuluu dokumentoidun tiedon oikeellisuuden varmistaminen. Näin eliminoidaan tuotteeseen jäävät virheet tehokkaasti. Myös toimivuuden lopullinen arviointi kuuluu tähän vaiheeseen. On mahdollista, että pientä viilausta tapahtuu myös tuotteen julkistamisen jälkeen jos se koetaan aiheelliseksi. Tässä vaiheessa tulee ajatella tuotteen jatkokehitystä ja mahdollistaa myöhempien korjausten tekeminen. (Windahl & Välimaa 2012, 29–31.) Potilasohjeissa tämä mahdollistuu esimerkiksi sähköisen materiaalin säilyttämisellä. Virheettömyyttä sisällön osalta olemme varmistaneet sillä, että potilasohjeet on tarkistusluettu useaan kertaan toimeksiantajan toimesta. Mikäli ohjeissa vielä löytyy jotain korjattavaa myöhemmin, voi toimeksiantaja tehdä pienen muutoksen suoraan sähköiseen versioon.

6.6 Projektin päättäminen

Projektin aikana saatu tieto siirretään toimeksiantajalle ja käyttöön, jolloin hyödyntämisen vastuu siirtyy tiedon mukana. Tavoitteiden toteutumista voidaan arvioida mm. hyväksytyllä dokumentaatiolla ja testatulla tuotteella. Kun tuotteen siirto tapahtuu toimeksiantajalle, tulee sopia kuinka projektin materiaalia jatkossa käytetään ja millaiset oikeudet materiaaliin kukin osallistunut taho saa. (Windahl & Välimaa 2012, 32.) Meidän tapauksessamme dokumentointi tapahtuu luonnollisesti tämän opinnäytetyön

projektin raportin kirjoittamisessa. Analysoimme, kuinka tavoitteet on saavutettu ja kuinka prosessi on edennyt. Hyväksytty tuote siirretään jokapäiväiseen käyttöön huhtikuussa 2016.

Valmis tuote on saatettava lopulliseen muotoonsa ja toimeksiantajan käyttöön. Projektin päättämiseen liittyy käytännön asioista sopiminen tilaajatahon kanssa. Olemme päätyneet tekemään ohjeille lyhyen saatekirjeen ja palauttamaan ohjeet sekä paperi-, että verkkoversiona. Saatekirje on tämän työn liitteenä. Siinä annamme suostumuksemme käyttää tuottamaamme materiaalia Savonlinnan keskussairaalan toiminnassa. Lisäksi toimitamme toimeksiantajalle tämän opinnäytetyöraportin sekä Theseus - linkin työhömmme arvioinnin jälkeen. Toimeksiantajalla oli jo alkuvaiheessa toive, että ohjeet olisivat sähköisessä muodossa, jotta niitä voidaan muokata tarpeen vaatiessa. Päädyimme antamaan ohjeet muistitikulla, koska näin sähköiset ohjeet saadaan helpoiten siirrettyä halutuille tietokonepäätteille. Näin niitä saadaan tarvittaessa myös muokattua, esimerkiksi yhteystietojen tai käytänteiden muuttuessa. Meidän omat resurssimme tähän työhön eivät enää sisältäneet ohjeiden laittamista Savonlinnan Keskussairaalaan intranettiin tai muulle palvelimelle.

Näin ollen tuotteen käyttöönottoaminen on osaltamme varmistettu, suostumus materiaalin käytölle annettu ja projektin tieto asianmukaisesti dokumentoitu. Voimme päätää projektin tuotteen arvioinnin jälkeen.

7 TUOTTEEN ARVIOINTI

Potilasohjeet koostettiin hankitun teoratiedon ja asiantuntijalausuntojen perusteella kirjallisen ohjeen kriteereiden mukaiseksi kokonaisuudeksi. Valmis tuote on tuotekehityksen tulos, yhteenveto ja kaikkien toimijoiden hyväksymä. Itse olemme lopputulokseen tyytyväisiä. Ohjeiden osalta saavutettiin ainakin teoriassa ne tavoitteet, jotka olimme asettaneet. Mielestämme niiden sisältö vastaa korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikan toimintatapoja ja ne auttavat potilasta toipumaan leikkauksesta. Tuote vastaa pääsääntöisesti meidän teoreettisessa viitekehyksessämme esittämiä vaatimuk-

sia. Potilasohjeet ovat liitteinä tässä työssä. Kaikkia yksityiskohtia emme ole arvioinnissa nostaneet esiin, kuten emme myöskään tuotekehitysprosessin kuvailussa.

Arvioimme kirjallista potilasohjausmateriaalia neljästä eri näkökulmasta mukaillen mm. Salanterän ym. (2005), Hyvärisen (2005) ja Kyngäksen (2007) kirjallisen potilasohjeen ominaisuuksia. Sen mukaisesti pohdimme ohjeen ulkoasua, opetuksellisuutta, sisältöä sekä kieltä ja rakennetta. Sisältöä olemme tarkentaneet Elorannan (2014b) tutkimusta mukaillen, jossa käytettiin Sairaalapotilaan Tiedon Saanti-mittaria (SPTS, Leino, Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Samoihin näkökulmiin oli ottanut kantaa myös Virtanen ym. (2007, 44–46). Olemme lisäksi miettineet, mitä olisimme voineet tehdä eri tavoin tai paremmin. Peilasimme työn valmistumisen jälkeen valmiita ohjeitamme teoreettiseen viitekehykseemme.

7.1 Ulkoasu

Potilasohjeet ovat visuaaliselta ilmeeltään melko yhtenäiset. Sivun on aseteltu siten, että ylös on säädetty marginaaliksi 5 cm, vasemmalle 4 cm ja oikealle ja alas 2 cm. Riviväli on 1, paitsi poikkeuksena ylätunnisteissa 0,5. Potilasohje on keskimäärin yhden 4A:n mittainen tai kaksipuoliseksi tarkoitettu. Ylätunnisteissa on sivunumerointi oikeassa laidassa Vasemmalla yläreunassa on SOSTERIn logo (6 senttimetriä leveä ja 3,1 senttimetriä korkea) ja poliklinikan osoitetiedot. Oikealla lukee **POTILASOHJE**. Ulkoasultaan ohjeessa on oltava selkeästi luettavissa oleva kirjasyntyyppi. Meidän valintamme on ollut Arial ja tämä sovittiin myös toimeksiantajan toiveesta. Kirjasinkoon ohjeessa on oltava vähintään 12. Tämä toteutui myös ja tuki osaltaan ohjeen luettavuutta. Pääotsikko ohjeessa on kuitenkin selkeyden vuoksi 14. Näin ollen potilas tietää heti kummalta puolelta ohje alkaa, kun kyseessä on kaksipuoleinen ohje. (Kyngäs 2007, 125; Salanterä ym. 2005, 223.)

Poikkeuksen ulkonäköön tekee nenäverenvuoto-ohje, jossa päädyimme hiukan toisenlaiseen asetteluun mukaillen Kuopion yliopistollisen sairaalan ohjetta. Siinä voidaan potilaskohtaisesti merkitä potilaalle tehty hoitotoimenpide raksittamalla oikea vaihtoehto. *Teidän nenäverenvuotonne hoito oli: Laapistus eli ”polttaminen” hopeanitraalilla.* Lääkäri tai hoitaja voi siihen eteen merkitä kynällä rastin, millä tavalla potilas on hoidettu. Mielestämme se oli niin toimiva ratkaisu, että halusimme toteuttaa sen itsekin. Tämän valinnan kohdalla noudatimme tuotekehitykseen kuuluvaa benchmarking-

ajatusta, jonka mukaan jotain asiaa verrataan toisen organisaation suoritteeseen. (Jämsä & Manninen 200, 37).

Luonnollisesti potilasohjeiden teksti on virheetöntä ja tämä onkin varmistettu ammatikorkeakoulun äidinkielen opettajan kanssa kirjoittamispajassa. Kappalejaossa on pyritty selkeyteen ja otsikot ovat tiedottavia ja selviä. Ohje alkaa aina otsikolla *"Potilasohje___ toimenpiteen nimi___ jälkeen"*. Kappalejako on tehty siten, että yhdessä kappaleessa on vain muutama virke. Otsikoinneissa mietimme, minkälainen otsikko olisi kaikista toimivin. (Kyngäs 2007, 125; Salanterä ym. 2005, 223.) Kysyvien otsikoiden mahdollisuutta mietittiin, mutta lopulta päädyttiin useammin tavallisiin väliotsikoihin, jotka kertovat kohdan pääsisällön. Emme myöskään käyttäneet ilmaisua, jolla pyritään henkilökohtaisuuteen, eli *"Potilas ohje Sinulle/Teille kyynelkanavaleikkauksen jälkeen"*. Mielestämme otsikko on nyt selkeämpi. Komplikaatioita käsittelevässä kohdassa olemme kuitenkin käyttäneet otsikkona *"Milloin on syytä ottaa yhteyttä?"*. Sillä halutaan herättää keskustelua potilaan kanssa. Potilaan kotona selviytymistä käsittelevä alue on nimetty lyhyesti *"Jälkihoito"*. Viimeisenä lisäsimme vielä kohdan *"Yhteystiedot"*.

Luettelomerkkejä olemme ohjeissa käyttäneet, samoin lihavointia korostuskeinoina (Kyngäs 2007, 125). Luetteloilla toimme ohjeisiin ilmavuutta ja näin ohjeiden luettavuus parani. Kaikkiin ohjeisiin luettelomerkit eivät kuitenkaan sopineet. Oli tehtävä valintoja, jotka helpottivat meidän omasta mielestämme luettavuutta ja myös näyttivät parhaimmalta visuaalisesti. Kaikki ohjeet eivät siis ole ulkonäöltään tismalleen saman näköisiä. Painotettavia asioita on korostettu tekstiin. Olemme käyttäneet lihavointia esimerkiksi caldwell-lucin kohdalla, jossa suun hoidolla on erityistä merkitystä paranemisen kannalta. Siihen sisällytettiin korostus seuraavalla tavalla *"Suu tulee huuhtoa vedellä aina ruokailun jälkeen, mutta älkää purskutelko voimakkaasti, jotta haava ei aukea"*.

Kuvioita tai taulukoita, jotka täydentäisivät tekstiä, emme käyttäneet lainkaan (Kyngäs 2007, 125; Salanterä ym. 2005, 223). Ne eivät mielestämme olleet tarpeen. SOS-TERIn logo tosin löytyy jokaisesta ohjeesta. Nenäverenvuoto-ohjeessa on kuva nenäänsä pitelevästä miehestä, joka havainnollistaa etukumaraa asentoa.

Ohjeissa kerrottiin selvästi erilaisia aikajaksoja, kuten sairausloman pituus ja aika jolloin saunomista ja urheilua tulee välttää. Hyvärisen (2005) mukaan toimivan potilasohjeen tavoitteet ovat juonirakenteeltaan luonteva ja jäsenneily. Asiat esitetään potilaan kannalta tärkeysjärjestyksessä ja oleellista on päättää, onko järjestys aikajärjestys vai jokin muu. Itse päädyimme toteuttamaan osin aikajärjestystä, osin tärkeysjärjestystä. Rakenteellisesti pyrimme siihen, että yksi asia esitettiin aina yhdessä kappaleessa. (Kynge 2007, 125.) Osasta ohjeista tuli loppujen lopuksi hieman raskaslukuisia, koska ne sisältävät paljon asiaa. Uhkana on, että osa potilaista ei jaksakaan lukea läpi koko ohjetta. Uskomme kuitenkin, että ohjeiden ulkoasu on pääsääntöisesti onnistunut.

7.2 Opetuksellisuus

Tutkimusten mukaan potilaiden tiedon tarve keskittyy sairauteen, lääkitykseen ja komplikaatioihin. Opetuksellisuus toteutuu kirjallisissa potilasohjeissamme mielestämme hyvin. Ohjeen yläreunasta tulee esille, kenelle ohje on tarkoitettu *"Potilasohje poskionteloleikkaukseen tulevalle (FESS)"*. Mielestämme samasta kohdasta selviää myös, mikä on ohjeen tarkoitus. Sisältö on esitelty pääkohdittain, jaoteltuna sairauden/toimenpiteen tausta-, jälkihoito- sekä milloin on syytä ottaa yhteyttä-kohtiin. Ohjeessa kerrotaan selkeästi, mihin potilas ottaa tarvittaessa yhteyttä. Potilasohjeessa on yhteystiedot KNK-poliklinikalle arkisin sekä Savonlinnan keskussairaalaan päivystykseen muina aikoina. Ohjeessa on aina kuvattu, kuinka potilaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi. Muutamassa ohjeessa olemme kuvanneet, kuinka hoidon onnistumista seurataan. Esimerkiksi FESS-ohjeessa kerrotaan jälkitarkastuksesta, jossa leikkauksen alue huuhdellaan 1 - 2 viikon kuluessa toimenpiteestä, samoin kyynelkanavaleikkauksessa. (Salanterä ym. 2005, 223.)

Emme ole avanneet asioita esimerkkien avulla, mutta olemme perustelleet kehotuksia (Salanterä ym. 2005, 223). Tavoitteemme ohjeissa olisi ollut, että kaikki kehotukset perustellaan huolellisesti potilaalle, kuten Hyvärinen (2005) on tuonut esille. Olimme ajatelleet, että jokaisessa kohdassa, jossa potilasta kehoitetaan toimimaan jollain tavalla, on lisäksi peruste, miksi näin tehdään. Esimerkiksi *"älä kaiva nenääsi, koska se lisää tulehdusriskiä"*. Joissain kohdissa kuitenkin jouduimme miettimään toista vaihtoehtoja, koska alun perin tavoite oli, että ohje mahtuu yhdelle 4A:lle. Tässä tuli esille, miten tuotekehitysprosessin ajatuksen mukaisesti valmis tuote muokkautuu eri näkö-

kulmien ja ajatusten aikaansaannokseksi. Huomasimme itsekkin, että kaiken perustelu olisi tehnyt potilasohjeesta todella pitkän. Perusteluja on nyt niissä kohdissa, jotka koimme tärkeiksi. Septoplastia-ohjeessa kehotamme nauttimaan pehmeää ja haaleaa ruokaa ja viileitä juomia, mutta emme ole perustelleet sitä mitenkään.

Joitain pieniä tarkennuksia olisimme voineet ohjeisiin tehdä. Esimerkiksi *"Toipumisen kannalta on tärkeää kiinnittää huomioita riittävään nesteensaantiin"* (Tonsillektomiaohje 2016). Nyt jälkikäteen mietimme, olisiko ollut järkevää esimerkiksi antaa jokin nestemäärä, joka on riittävä. Tässä voi olla potilailla hyvin erilainen käsitys, kun meillä hoitoalan ammattilaisilla. Samoin hammashygieniaan kannustettaessa olemme kirjoittaneet *"hampaat voi pestä tavanomaiseen tapaan"*. Tässä on varmasti henkilökohtaisia eroja, millaista on tavanomainen hampaiden hoito. Tällaisia puutteita olemme havainneet vasta jälkikäteen muutamissa kohdissa. Esimerkiksi caldwell-luc ohjeessa potilaan tulee ottaa yhteyttä, *mikäli hänelle tulee verenvuoto, joka ei asetu kotikonstein"*. Nyt jälkikäteen havaitsimme tässä pienen puutteen. Eli emme ole ohjeessa ohjanneet, kuinka potilas hoitaa "kotikonstein" verenvuotoa. Kaikkea ei siis voida luonnollisesti havaita ohjeen teko vaiheessa.

Polyyppien poistoleikkaus-ohjeen kohdalla pohdimme pitkään ohjeistusta tupakoinnin lopettamisesta ja allergeenien karsimisesta, mutta päädyimme jättämään sen pois toimeksiantajan kanssa keskusteltuaamme. Tällä olisi ollut merkitystä sairauden uusiutumisen kannalta, mutta nyt sen voi sisältää suulliseen ohjaukseen. Nenähuuhtelukannun käytöstä mietimme, kuinka ohjaamme sen käyttöä. Toimeksiantajan kanta oli se, että sitä käyttävällä potilaalla on jo olemassa tieto, kuinka sitä käytetään ja se voidaan ohjata myös suullisesti. Liitimme ohjeistukseen kuitenkin muistutuksen nenähuuhtelukannun puhtaudesta. Keskustelimme näistä seikoista työelämäohjaajamme kanssa paljon. Koimme, että saimme molemminpuolista hyötyä ja oppimista keskusteluista.

Kaiken kaikkiaan potilasohjeemme ovat opetuksellisuuden näkökulmasta laajat, eivät kuitenkaan mahdottomat potilaalle noudattaa. Potilaalle annetaan paljon vastuuta, kuten nykyaikaiseen hoitotyöhön kuuluu.

7.3 Sisältö

Sisällön osalta potilaan tiedollista sekä toiminnallista selviytymistä on käsitelty suhteellisen laajasti jokaisessa ohjeessa (Salanterä ym. 2005, 223). Sisällön osalta koemme onnistuneemme suhteellisen hyvin. Tutkimusten mukaan potilaiden tiedon tarve keskittyy sairauteen, hoitoon, lääkitykseen ja komplikaatioihin. Nämä on huomioitu hyvin, samoin arjessa selviytyminen. Potilasohjauksen sisältöä voidaan arvioida usealta eri kannalta.

Biofysiologinen näkökulma sisältää sairauden oireet, tutkimuksen sekä hoidon (Eloranta ym. 2014b, 69). Tämä tiedollinen osa-alue on huomioitu hyvin suurimmassa osassa potilasohjeissamme. Ohjeissa on kerrottu, millaisia oireita sairaus aiheuttaa ja miten tämä valittu hoitomuoto potilaan tilannetta parantaa. Jokaisen toimenpiteen tausta on aukaistu potilaalle. Toisissa ohjeissa tämä tausta on kerrottu laajemmin, kuin toisisissa. Tästä esimerkkinä FESS-ohjeesta *"Leikkaus parantaa sivuonteloiden luonnollista tuulettumista ja vähentää tulehduksia"*. Potilas siis tietää, miksi toimenpide tehdään ja mihin se kohdistuu.

Joissain toimenpiteissä olemme kertoneet, että tehdäänkö toimenpide paikallispuudutuksessa vai nukutuksessa. Olemme myös kertoneet, mikäli leikkaus tehdään tähystämällä. Leikkausteknisiä asioita emme ohjeessa juurikaan muuten käsittele. Ohjeessa kerrotaan, onko toimenpide päiväkirurginen vai joutuuko potilas jäämään sairaalaan. Potilaalle on kerrottu esimerkiksi ompeleista, dreeneistä, tamponeista, silikonitukilevyistä ja haavan sijainnista. Potilasohjeesta selviävät mahdolliset jatkokontrolliajat. Toimenpidettä edeltäviä tutkimuksia emme ole ohjeisiin sisällyttäneet (Eloranta ym. 2014b, 69). Jos toimenpidettä ennakoivia tutkimuksia olisi lähdetty kuvaamaan, olisi ohjeesta tullut liian laaja. Yksikön erillinen preoperatiivinen yleisohje helpotti meidän työtämme, koska esimerkiksi lääkkeiden tauottamisesta ennen leikkausta ei tarvinnut tehdä omaa osiotaan meidän ohjeisiimme. Potilasohjeessa on maininta mahdollisista leikkaushoidon jälkeen jatkuvasta lääkityksestä, kuten polyyppien poiston kohdalla. Lisäsimme myös muistutuksen siitä, että potilaan tulee kertoa FESS-toimenpiteestä, jos hän sairastaa sivuontelotulehduksen, joka vaatii huuhtelun. Tällöin lääkärin on tiedettävä toimenpiteestä, jotta hän osaa valita alueen huuhteluun tylpän kanyylin.

Toiminnallinen sisältö on toinen vahvuutemme. Se pitää sisällään asioita, kuinka potilas voi selviytyä arjen toiminnoista (Eloranta ym. 2014b, 69). Mielestämme potilasohjeidemme avulla potilas saa selkeän kuvan siitä, miten hän voi helpottaa oloaan leikkauksen jälkeen. Potilas tietää, kuinka toimia esimerkiksi ruokailun, hygienian hoidon, kivun hallinnan, levon ja vapaa-ajanvieron suhteen. Esimerkiksi Ahonen (2013) nosti esiin kuntoutumisen onnistumisen ja vapaa-ajan merkityksen potilasohjeessa. Näitä seikkoja on käsitelty monipuolisesti jokaisessa toimenpiteessä.

Sosiaalinen ulottuvuus pitää sisällään sosiaalisen verkoston tuen (Eloranta 2014b). Kirjallisella potilasohjauksella saadaan omainen mukaan potilaan hoitoon. Omainen ei useinkaan ole mukana polikliinisellä käynnillä, mutta voi tutustua kotona annettuun kirjalliseen ohjausmateriaaliin. Omaisten huomiointia korosti tutkimuksessaan myös Klemetti (2010). Emme toki tässä vaiheessa voi varmistaa, että lisääkö kirjallinen ohje omaisten roolia, mutta saatamme olettaa näin. Ohjeeseen ei laitettu mitään mainintaa, että tutustukaa ohjeeseen yhdessä läheistenne kanssa. Toki on toivottavaa, että suullisen ohjauksen yhteydessä hoitaja kehottaa potilasta tutustumaan ohjeeseen yhdessä omaistensa kanssa. Toimenpiteet, joissa potilas on useimmiten lapsi, kuten kitarisanpoisto- ja nielurisanpoistoleikkausohje on tarkoitettu nimenomaan vanhemmalle. Työmme avulla myös potilaan lähipiiri saa tarvittavaa informaatiota toimenpiteestä. Läheiset tietävät kirjallisen ohjeen luettuaan esimerkiksi komplikaatioista ja milloin tulisi ottaa yhteyttä leikkaukseen yksikköön.

Grahn (2014) nosti esiin erityisryhmien huomioimisen. Meidänkään työssämme emme tarpeeksi miettineet, kuinka erityisryhmät otetaan huomioon. Ohjeissa ei ole kiinnitetty huomioita esimerkiksi muistisairaiden tai iäkkäiden tarpeisiin. Toivomme kuitenkin, että ohjeesta on apua omaiselle tai esimerkiksi palvelutalon saattajalle. Työssämme olemme kuitenkin ottaneet huomioon toimenpiteiden kohderyhmät kuten aikuis- ja lapsipotilaat.

Sosiaaliseen ulottuvuuteen kuuluu myös se, millaisia tietolähteitä potilaalla on käytettävissään (Eloranta ym. 2014a, 8). Joihinkin ohjeisiin, tai vaikka kaikkiin, olisimme voineet liittää lisätietokohdan, jossa olisi ollut esimerkiksi internet-osoite, josta potilas voi saada luotettavaa lisätietoa halutessaan. Tähän olisivat soveltuneet mm. Terveystietokirjaston artikkelit tai Käypähoito - suositus. Olisi ollut järkevää lisätä *Milloin on syytä ottaa yhteyttä?* - kohtaan kehoitus, että potilas voi ottaa yhteyttä, mikäli häntä mieltä-

tyttää jokin asia. Hoito-ohjeista on tutkimustietojen valossa tärkeä keskustella hoito-henkilökunnan kanssa.

Kokemuksellinen tieto käsittää tunteet ja aikaisemmat kokemukset (Eloranta ym. 2014b, 69). Myös Kyngäs (2005) suositteli ottamaan ohjeessa kantaa potilaan mieli-alaan sekä sosiaalisiin suhteisiin. Tämä osio oli haastavin toteuttaa ja kirjallisessa ohjeessa hyvin vaikeaa. Suosittelemme, että kokemukselliseen osaan panostetaan suullisessa ohjauksessa, koska ainakin kirjallisessa potilasohjeessa se jää vaillinaiseksi. Potilaalta voi esimerkiksi tiedustella hänen aikaisemmista leikkauksistaan.

Ensimmäisissä ohjeversioissa olimme nostaneet esille tunteisiin liittyvä ilmaisuja, kuten *"aiheuttaa elämänlaatua laskevia, kiusallisia oireita"*. Tällaiset ilmaisut jätettiin kuitenkin lopulta pois yhteistuumin toimeksiantajan kanssa. Ohjeiden tarkoitus on teorian mukaan lievittää myös sairauden kulkuun liittyvää pelkoa ja ahdistusta. Näin jälkikäteen on herännyt ajatus, että potilasohjeen ollessa tiedollisesti kattava, voi poliklinikan sairaanhoitaja käyttää aikaansa enemmän potilaan psykososiaaliseen ohjaamiseen.

Tähän kokemuksellisuuteen liittyviä asioita mietimme myös, kun sylkirauhasenpoistoleikkaus - ohjeeseen tuli kertoa leikkauksen syy, joka useimmiten on kasvain. Meidän oli mietittävä, kuinka asia ilmaistaan siten, että emme herätä potilaassa turhaa pelkoa. Kyngäksen (2007) mukaan huono ohje voi jopa lisätä potilaan pelkoja ja ahdistusta. Päädyimme kertomaan syyksi sylkirauhaskivien lisäksi rauhasen muutokset ja kasvaimet, joista 80 prosenttia on hyvänlaatuisia.

Eettinen sisältö koskee potilaan oikeuksia ja velvollisuuksia. Potilaan tulee ottaa vastuuta omasta hoidostaan omilla toimillaan. (Eloranta ym. 2014b, 69.) Potilaalle annetaan iso vastuu omasta toipumisesta. Hänen tulee noudattaa ohjeita sen suhteen, kuinka omilla toimillaan voi edistää toipumista. Grahn (2014) nosti esiin tutkimuksessaan, että sairaanhoitajalla on lain ja ammattietiikan antama valta ja vastuu antaa potilaalle riittävästi ja ymmärrettävää tietoa. Potilaan tulee osallistua itse aktiivisena toimijana hoitoonsa. Potilaalle annetaan vastuu tehdä omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Mielestämme ohjeiden eettinen sisältö on kattava ja niissä tulevat esiin potilaan vastuut ja velvollisuudet. Toimiiko potilas saamiensa ohjeiden mukaisesti, sitä me emme osaa tällä hetkellä sanoa.

Taloudellinen näkökulma on sitä, kuinka potilas selviää taloudellisesti (Eloranta ym. 2014b, 69). Potilasohjeissamme ei käsitellä toimenpiteen kustannusta potilaalle. Ohjeista potilas toki saa arvion sairausloman pituudesta. Potilasohjeessa myös kerrotaan mahdolliset kontrollikäynnit hoidon jälkeen sekä mahdollinen lääkityksen tarve. Hän osaa myös varautua sairaalassaoloaikaan. Useimmissa tapauksissa toimenpide toteutuu päiväkirurgisesti. Päiväkirurginen maksu Savonlinnan keskussairaalassa on 136,80 euroa. Poliklinikkamaksu on 41,70 euroa ja lyhytaikaisen vuodeosastohoidonmaksu 49,50 euroa. (Itä-Savon sairaanhoitopiiri 2016.) Olisi ehkä ollut perusteltua, että kustannukset kerrotaan potilasohjeessa tai tieto maksuista on esimerkiksi leikkauskutsun liitteenä. Potilasohjeeseen niitä ei kuitenkaan olisi ollut järkevää liittää, koska maksut voivat muuttua vuosittain. Sellaisen ehdotuksen voisimme kuitenkin esittää KNK-poliklinikalle, että hinnasto joko menisi potilaalle erillisenä liitteenä kutsun mukana tai maksuasiasia käsitellään suullisessa ohjauksessa.

Infektioiden havaitseminen aikaisin tai niiden ennaltaehkäisy on turvallisuuden lisäksi myös taloudellinen kysymys. Infektion aiheuttamat kustannukset ovat usein korkeat, sairaalassaoloaika pitenee ja uusia toimenpiteitä voidaan tarvita. Potilaalle tämä merkitsee pidentynyttä sairastamisaikaa ja lisää myös välillisiä kustannuksia. (Rantala 2010, 204). Tältä kannalta ajateltuna olemme ottaneet taloudellisen näkökulman huomioon.

7.4 Kieli ja rakenne

Kielen ja rakenteen osalta kirjallisen potilasohjeiden lauseet ovat suhteellisen lyhyitä ja yksinkertaisia. Olemme kirjoittaneet selkeitä virkkeitä ja välttäneet monimutkaisia lauserakenteita. Sisältö on esitetty johdonmukaisesti. Pääasia erottuu jokaisessa potilasohjeessa selkeästi. Teksti on sävyltään ohjaavaa ja neuvovaa. Teksti on kirjoitettu pääosin ilman lääketieteellisiä termejä, vierasperäisiä sanoja tai ammattikielen ilmaisuja. Latinankieliset termit on avattu, samoin esimerkiksi sana "*dreeni*". Osassa ohjeita olemme käyttäneet ilmaisuja, kuten "*krooninen*". Olemme pyrkineet avaamaan vaikeat käsitteet, jos olemme niitä käyttäneet. On toki olemassa mahdollisuus, että kaikki potilaat eivät ohjeen sisältöä toivotulla tavalla ymmärrä. Teksti on aktiivimuodossa kirjoitettua. Olemme pyrkineet kohteliaaseen kieleen ja käytämme teitittely muotoa.

Ohjeen loppuun emme ole enää tehneet tiivistelmää tai yhteenvetoa sisällöstä. (Kynäs 2005, 127; Salanterä ym. 2005.)

Ohjeissamme kerrottiin ensin potilaalle syy, miksi leikataan. Kuvailimme minkälaisesta vaivasta on kysymys ja miten se vaikuttaa potilaan elämään eli miten sairaus oireilee. Sen jälkeen siirryttiin kuvaamaan itse toimenpidettä yleisestä näkökulmasta, eli onko toimenpide päiväkirurginen vai pitääkö potilaan jäädä sairaalaan. Joissain mainittiin leikkauksen kesto. Lopuksi ohjeessa paneuduttiin jatkohoito-ohjeisiin. Niihenkin tarkoitus oli tukea potilaan selviytymistä. Pääpaino oli kotihoito-ohjeissa, kivun lievityksessä ja siinä, milloin potilaan tulee ottaa yhteyttä hoitavaan yksikköön. Noudatimme juonirakenteessa Hyvärisen 2005 (1796) esittämää ajatusta.

Yleiskielen käyttäminen oli potilasohjeiden lähtökohtana. Tällä tavoin ohjeen tärkein asiasisältö tulisi potilaalle selväksi. Prosessin aikana pohdimme useasti myös ohjeiden optimipituutta. Liian pitkän ohjeen välttäminen ja toimeksiantajan toiveet muokkasivat ohjeita. Alkutilanteessa toiveissamme oli luoda ohjeet, jonka kaikki sisältö olisi perusteltu potilaalle. Halusimme kiinnittää huomiota esim. hyvään hammashygieneeseen, koska näin vältettäisiin infektioiden syntyminen sekä tupakoinnin välttämiseen, jotta haavan paraneminen olisi mahdollisimman tehokasta. Lopullisissa ohjeissa nämä asiat eivät kuitenkaan sellaisinaan mahtuneet mukaan. Hyvärinen (2005) on tutkinut perustellun tekstin ohjaustehoa ja sitä, ettei kieltojen käyttö tehoa yhtä hyvin kuin hyötyjen esiin nostaminen ja perustelu. Tätä noudatimme mahdollisimman monessa kohdassa.

8 POHDINTA

Pohdintaosuudessa käsittelemme sitä, kuinka prosessi mielestämme eteni: missä me onnistuimme ja mitä me olisimme voineet tehdä toisin. Prosessi eteni suunnitelman mukaisesti tuotekehitysprosessia mukaillen. Alusta saakka teimme yhteistyötä työparina. Lähdimme työstimään ideaa aktiivisesti jo kesällä 2015, teimme paljon alustavaa työtä tutkimalla samankaltaisia potilasohjeita, etsimällä lähteitä ja keskustelemalla työn rajauksista. Yhteistyö myös toimeksiantajan kanssa lähti vaivatta käyntiin. Ensi

tapaamisessa sovimme hyvin väljästi, millaista tuotetta lähdemme suunnittelemaan. Toimeksiantajan toiveesta jo alussa korostettiin, että heillä on jo olemassa olevat ohjeet, jotka kaipaavat päivittämistä. Saimme ensimmäisellä tapaamisella mukaamme vanhat ohjeet, joihin tutustuimme huolellisesti. Lähdimme samanaikaisesti etsimään teorial tietoa toimenpiteistä ja kaavailemaan, millaista ohjetta lähdemme tekemään. Käytimme paljon aikaa tutustuaksemme muiden sairaaloiden ohjeistuksiin.

Tämä opinnäytetyö eteni suunnitelmamme mukaisesti ja pysyimme aikataulussa hyvin. Tuotekehitysprosessin jokaiseen vaiheeseen kiinnitettiin huomiota ja tuotetta korjattiin asiantuntijalausuntojen sekä lähdemateriaalin tarkemman tutkimisen avulla. Joitain kohtia esimerkiksi teorian pohjalta voi ymmärtää väärin, jos käytännön kokemusta ei ole. Olimme esimerkiksi kirjoittaneet ohjeisiin suoraan teoriaviitteen pohjalta, mutta käytäntö Savonlinnan Keskussairaalassa osoittautui toisenlaiseksi. Huomasimme, että tarkemmista muistiinpanoista olisi ollut hyötyä siinä vaiheessa, kun kirjoitimme tuotekehitysprosessia auki. Toki kaikki materiaali ja versiot ovat meillä tallessa.

Haasteita opinnäytetyön tekemiseen toi raskas ja työntäyteinen kevät, aikataulu osoittautui lopulta melko kireäksi. Tämä muodosti riskin tuotteen valmistumisen kannalta. Opinnäytetyön ohessa molemmat meistä suorittivat viimeisiä opintojaan ja syventävää harjoittelua. Teimme työtä itsenäisesti eri paikkakunnilta ja kirjoittamisen aikana tapasimme kasvatusten muutamia kertoja. One Drive-pilvipalvelu mahdollisti työskentelyn. Ehdottomasti helpompaa olisi ollut, että yhteistä aikaa tekemiselle olisi ollut enemmän. Sähköposti ja muut viestivälineet ovat olleet aktiivisessa käytössä. Viimeistelyvaiheessa onneksi meillä oli aikaa muokata ohjeet ja raportti lopulliseen kuntoon yhdessä. Sitoutuminen projektiin ja aikatauluun kuitenkin edesauttoivat työn valmistumista. Haimme itsenäisesti ohjausta opinnäytetyön ohjaajalta, kun koimme sitä tarvitsevamme. Kaiken kaikkiaan prosessi eteni vaivattomasti.

Ohjeita tehtiin tässä työssä yhteensä 12 kappaletta, mikä on todella iso määrä. Tämä voi olla niin työn vahvuus, kuin yhtälailla heikkous. Yleensä tällaisessa opinnäytetyönä toteutettavassa työssä potilasohjeita on yksi tai siinä koostetaan jonkinlainen opas. Voimme olla varmoja, että emme ole huomioineet jokaisessa ohjeessa kaikkea mahdollista yksityiskohtaista tietoa. Kaikki etsimämme tieto ei läheskään päätnyt esimerkiksi teoreettiseen viitekehykseen, karsintaa oli välttämätöntä tehdä. Tuotteen esi-

testaus ja testaus jätettiin kokonaan pois, koska resurssit eivät riittäneet. Ohjeiden käytettävyyttä ovat arvioineet siis vain tekijät ja toimeksiantaja.

Ohjeidemme ja ohjausprosessin vaikuttavuutta tai potilaiden tyytyväisyyttä ohjeisiin voidaan tutkia tarkemmin uudessa tutkimuksessa. Ohjeiden käyttökelpoisuutta voitaisiin selvittää erilaisissa käyttäjäryhmissä. Mielenkiintoista olisi tietää, ymmärtävätkö erilaiset potilasryhmät ohjauksen eri tavoin. Myös työntekijöiden näkökulma olisi hyvä selvittää, eli ovatko poliklinikan työntekijät ohjeistuksiin tyytyväisiä. Kokonaisuudessaan työn jatkotutkimukselle olisi varmasti käyttöä, koska on tärkeää selvittää, kuinka tuote toimii konkreettisesti käytössä. Tuotteen tarkoituksenmukaisuutta voisi tutkia sisällön, opetuksellisuuden, rakenteen ja kielen sekä ulkonäön näkökulmista.

Työssämme näkyy mielestämme perehtyneisyys aiheeseen, potilasohjaukseen, tuotekehitysprosessiin sekä korva-, nenä-, ja kurkkutautien erikoisalaan. Työn teko on tukenut ammatillista kasvua kohti sairaanhoitajan asiantuntijuutta. Se on kehittänyt yhteistyötaitoja ja avoimuutta. Aikataulujen merkityksellisyys, suunnitelmallisuus ja sitoutuneisuus ovat olleet työn aikaansaava voima tässä projektissa.

Olemme seuraavaksi vielä arvioineet, kuinka tavoitteet ohjeiden osalta saavutettiin. Tavoitteita olivat voimavaraistavuus, potilaan sitoutuminen hoitoon ja potilasturvallisuus. Arvioimme lisäksi, kuinka ohjeet edesauttavat henkilökunnan ohjausprosessia ja perehtymistä. Omaisten huomiointia käsitelimme jo tuotteen arvioinnissa. Tämän pohdinnan päätteeksi olemme vielä tarkastelleet työn luotettavuutta ja eettisyyttä.

8.1 Voimavaraistuminen ja hoitoon sitoutuminen

Mielestämme potilasohjeemme tukevat potilaan voimavaraistavuutta ja ainakin teorian pohjalta ne antavat potilaalle mahdollisuuden vaikuttaa omaan elämäänsä. KNK-poliklinikalla potilas saa oikein ajoitetun suullisen sekä kirjallisen ohjauksen, jonka mukaan toimiessaan, hän tavoitteellisesti ja aktiivisesti toimii omaksi parhaakseen. Näin leikkauksesta toipuminen on todennäköisempää ja potilas kokee pystyvänsä itse vaikuttaman omaan elämäänsä. (Kygäs & Hentinen 2008, 59–61.)

Uskomme, että selkeät potilasohjeet parantavat hoitoon sitoutumista. Potilas voi aina tarkistaa ohjeesta, esimerkiksi milloin saa aloittaa jälleen urheilun tai mennä suoma-

laiseen tapaan nauttimaan kunnon löylyistä. Jos nämä asiat olisivat vain muistin varassa, voisi sitoutuminen olla heikompaa. Potilas on nyt tietoinen, kuinka hän voi omilla valinnoillaan edesauttaa paranemistaan. Potilaalle on annettu tarvittavat tiedot, jotta hän voi arvioida, suunnitella ja osallistua omaan hoitoonsa. Onnistunut omahoito ehkäisee ongelmia ennalta, kuten myös Ahonen (2013, 36) totesi. (Ahonen ym. 2013, 36.) Hoitoon sitoutumista tulisi kuitenkin selvittää esimerkiksi jatkotutkimuksen avulla, ennen kuin se voidaan toteennäyttää. Voisi olla aivan mahdollista selvittää jatkotutkimuksessa, että tukevatko ohjeet potilaan mielestä hoitoon sitoutumista ja voimaantumista. Tämä työ ei siihen luotettavaa vastausta anna.

8.2 Potilasturvallisuus

Potilasturvallisuutta on esimerkiksi se, että potilaalle ei tapahdu vaaraa unohduksen tai lipsahduksen vuoksi. Inhimillisen erehdyksen vaara pienenee ja asiat ovat yhteisiä kaikille potilaita hoitaville tahoille. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Hoitaja voi esimerkiksi ohjaustilanteessa unohtaa mainita jonkin tärkeän seikan, mutta kirjallisesta ohjeesta tämä asia löytyy. Olemme nostaneet rehellisesti esiin esimerkiksi kasvohermohalvausriskin parotidectomy-ohjeessa, mikä on erittäin tärkeä tieto potilaalle. Ohjeen antamalla hoitaja myös varmistaa, että hän on rehellisesti kertonut toimenpiteen vakavimmasta riskistä. Jos jälkikäteen jotain ongelmia ilmenee, on potilas ollut riskistä tietoinen ennen leikkaukseen suostumistaan.

Mielestämme onnistuimme nostamaan esiin potilasturvallisuuden kannalta tärkeitä asioita. Jokaisen toimenpiteen kohdalla olemme kuvailleet mahdollisia ongelmatilanteita ja sitä milloin ja mihin potilaan tulee ottaa yhteyttä ongelmatilanteita kohdattaen. Grahn (2014) on nostanut esiin tutkimuksessaan, että komplikaatioista ja ongelmista ei kerrota tarpeeksi potilaille. Halusimme nostaa esiin erityisesti mahdollisia komplikaatiotilanteita: millaisia ongelmia leikattu potilas voi kohdata? Mikä on normaalia ja asiaankuuluvaa. Milloin tulisi ottaa yhteyttä hoitavaan tahoon?

Arifullan (2012) innoittamana kiinnitimme erityistä huomiota esimerkiksi tulehduksen merkkien kuvaamiseen. Arifullan (2012) tutkimuksen mukaan haavanhoidon tarkkailu ja kivun hoito olivat puuteellisesti ohjattu. Kaikissa ohjeissamme nostetaan esiin kivunhoito sekä infektiotilat. Esimerkiksi caldwell-luc toimenpiteessä leikkaushaava

sijaitsee suussa, jossa tulehduksen riski on suurentunut ja tulehduksen varhainen havaitseminen on erittäin tärkeää. Potilaalle on kuvattu ohjeessa selkeästi tulehduksen merkit, kuten kuume yli 38 astetta, paheneva kipu ja märkäinen erite. Ohjeessa on myös ennakoitu ongelmia kannustamalla potilasta huolelliseen suuhygieniaan ja sitä kautta infektioiden ennaltaehkäisyyn.

Kivunhoidon merkitystä korostivat Palokoski (2007), Salanterä ym. (2013) sekä Kynäs (2007). Jokaisessa ohjeessa on kannustettu kivun hoitoon potilaalle sopivalla lääkkeellä. Kivun hoidosta pohdimme jälkikäteen, olisiko pitänyt nostaa esille polypektomiapotilaan kohdalla jotenkin erityisemmin vielä ASA-intoleranttien henkilöiden huomiointi. (Nuutinen 2011,157) Toisaalta ohjeessa lukee, että *"Tarvittaessa voitte ottaa Teille sopivaa reseptivapaata kipulääkettä 1-4 päivän ajan leikkauksesta ohjeen mukaan"*. Päädyimme vielä lihavoimaan **"Teille sopivaa"** viimeistelyvaiheessa potilasturvallisuutta taataksemme. Lääkehoidosta olemme ohjeissa korostaneet, että potilaan tulee käyttää lääkettä aina erillisen ohjeen mukaan. Lääkkeitä ei ole nimetty, lukuun ottamatta nenään käytettäviä kostutus- ja keittosuolasuihkeita. Polyyppien poiston jälkeen potilasta on ohjattu seuraavalla tavalla *"Nenään annosteltavaa kortisonilääkitystä jatketaan yleensä leikkauksen jälkeen lääkärin ohjeen mukaan, koska se hidastaa polyyppien uudelleenkasvua"*. FESS-ohjeessa olisimme voineet korostaa kipulääkkeen säännöllistä käyttöä toipumisen kannalta 5 vuorokauden ajan leikkauksesta, kuten teoriasta selvisi. Ohjeessamme olemme ohjanneet potilasta käyttämään lääkettä 1 - 4 päivää.

Potilasturvallisuuden seikkoihin on mielestämme panostettu näissä ohjeissa. Aikaisemmissa ohjeissa oli puutteita nimenomaan näissä asioissa. Nyt ohjeet on tavoitteen mukaisesti päivitetty.

8.3 Ohjausprosessin tukeminen

Poliklinikka voi hyödyntää potilasohjeita uusien sairaanhoitajien, sijaisten ja opiskelijoiden perehdyttämisessä. Ohjeen mukaan on selkeä ohjata potilasta. Näin esimerkiksi unohtamisen mahdollisuus vähenee. Toimenpiteitä on kuitenkin paljon, samoin muis-tettavia yksityiskohtia. Sama ohje on käytössä myös päiväkirurgisessa yksikössä. Ne-

näverenvuoto-ohje menee käyttöön myös päivystyspoliklinikalle. Ohjauksesta tulee näin yhtenäisempää jokaisessa yksikössä.

Kirjallinen potilasohje auttaa myös siihen, että hoitajan oma tausta ei vaikuta ohjaamiseen, kuten Lipponen (2014) esitti tutkimuksessaan. Kirjalliset ohjeet myös tukevat sitä, että ohjaus perustuu teorian tietoon, ei ainoastaan hoitajan kokemustietoon. (Lipponen 2014, 71.) Kirjallinen ohje on suositeltua antaa potilaalle hyvissä ajoin ennen toimenpidettä preoperatiivisella käynnillä samaan aikaan suullisen ohjauksen aikaan tai lähettää se kotiin kutsukirjeen mukana. (Grahns 2014, 58; Kyngäs 2007, 125.) Potilaalla on tällöin aikaa omaksua ohje ja mahdollisesti kysyä sen sisällöstä ennen toimenpidettä. Kirjallisia potilasohjeitamme pitäisi käyttää aina yhdistettynä suulliseen ohjaamiseen. Kääriäisen (2007) mukaan hoitajan oma asenne ratkaisee ohjauksen onnistumista ja jokaiselle potilaalle tulisi antaa aina myös kirjallista materiaalia. Potilaan taustaa tulee pyrkiä selvittämään ja antamaan ohjaus luottamuksellisessa ilmapiirissä. Mahdollisen lisätiedon tarve tulee selvittää ja hoitaja voi panostaa juuri siihen tiedontarpeeseen aikaansa. Sairaanhoitajalla on vastuu ja valta tiedon antamisessa.

8.4 Luotettavuus ja eettisyys

Etiikan kysymykset koskevat alun perin hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Tutkimukseen liittyy monia eettisiä asioita, jotka tieteellistä toimintatapaa noudattavan tekijän on otettava huomioon. Opinnäytetyön tekijän tulee noudattaa rehellistä, huolellista ja tarkkaa toimintatapaa työssään. Tuloksissa tulee pyrkiä avoimuuteen. Tiedon hankinta ja julkistaminen on tehtävä eettisesti kestäväällä tavalla. Työn tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohdat huomioiden. Kaikkien työryhmään kuuluvien vastuut ja velvollisuudet on selvitetty etukäteen ja kaikkien osapuolien hyväksymällä tavalla. Jo kehittämiskohteen valinnassa noudatettiin eettisiä periaatteita. Totesimme, että tällaiselle työlle on merkitystä usealle sidosryhmälle. (Hirsjärvi ym. 23–24). Me tekijät panostimme tutkimussuunnitelman huolelliseen tekoon ja suunnittelimme, kuinka hankimme tietoa työhömmme. Lopputulos on raportoitu kirjallisesti ja valmis tuote on hyväksytetty toimeksiantajalla.

Etiikkaan liittyvät myös tutkimuksen lupa-asiat. Ideapaperin ja kirjallisuuskatsauksen jälkeen saimme luvan tehdä sopimuksen työstä SOSTERIn kanssa. Työn tutkimuslupa haettiin valmiilla tutkimussuunnitelmalla 9.12.2015. Lupa myönnettiin 14.12.2015.

Työn keskivaiheen kohdalla pidetyn suunnitelmaseminaarin jälkeen saimme op-
ponoinnin ja ohjaajien palautteen, jonka jälkeen oli jälleen hyvä jatkaa työskentelyä.
Olimme saaneet hyväksynnän jo siihen mennessä tehdylle työlle. Vuoden 2016 aikana
haimme ohjausta työlle sekä opettajalta että työelämäohjaajalta. Työn valmistuessa
huhtikuussa 2016 esitysseminaari on vasta opinnäytetyön palautuksen jälkeen.

Tulee muistaa, että myös tuotekehitysprojektissa tulee kiinnittää huomiota tutkimus-
käytänteisiin. Luotettavuus ja eettisyys ovat siis iso osa myös tuotekehitysprojektia.
(Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 285–287.) Tutkimusetiikkaan kuuluu muun muassa
aineiston hankinta ja tiedon soveltaminen sekä tutkimukseen liittyvät salassa pidettävä
tieto (Kuula 2006, 25–28). Kaikkea materiaalia säilytetään asianmukaisesti ja vain
meidän tekijöiden hallussa. Hankittu tieto on sovellettu käytäntöön ja sille on haettu
valtuutus.

Tieteellinen tutkimus perustuu aina olemassa olevaan tietämykseen, tämä edellyttää,
että alan uusimpaan tutkimustietoon on perehdytty (Kananen 2015, 114). Prosessi on
lähtenyt liikkeelle taustatietojen kartoittamisesta. Aikaisemmalla tutkimustiedolla ava-
taan opinnäytetyön käsitteistöä, hyödynnetään tutkimuksien tuloksia sekä perustellaan
työn luotettavuutta. Myös hoitotyön jo kehitettyjä mittareita, menetelmiä ja käsitteitä
tulee hyödyntää tutkimuksessa. (Kananen 2014, 114 - 116.) Etsimme teorial tietoa laa-
jasti ja myös kriittisesti tarkastellen. Valitsimme luotettaviksi katsomiamme lähteitä
lopulliseen työhön. Käsitteet on avattu huolellisesti ja niitä on käytetty systemaattises-
ti.

Eettisyydestä on vastuussa työn tekijä, joka tekee omat päätöksensä yleisesti sovittuja
periaatteita noudattaen (Kuula 2006, 26 - 27). Plagiointi, jossa toisen henkilön tuotta-
maa materiaalia käytetään omana, on yksi tutkimuksen väärinkäytöksistä. Myös vää-
rennökset tutkimustuloksissa ovat osa epäeettistä tutkimustoimintaa. (Mäkinen 2006,
158.) Lähdeviittauksia käyttämällä on tässä työssä erotettu oma pohdinta ja lähteestä
lainattu materiaali. Lähdevalinnoissa tulee ottaa huomioon kirjoittajan tausta, julkai-
sun ikä ja julkaisupaikka. Mitä tuoreempi lähde, tunnetulta ja arvovaltaiselta kirjoitta-
jalta sekä tunnetusta lähteestä, sitä luotettavampana voidaan julkaisua pitää. (Hirsjärvi
& Remes & Sajavaara, 2004, 27, 101–102.)

Tavoiteltavan tiedon laatu varmistetaan etsimällä materiaalia laajasti kirjallisuudesta sekä internetistä. Tiedon etsimisen kriteerinä on ollut, etteivät lähteet perusteoksia lukuun ottamatta ole yli 10 vuotta vanhoja. Artikkelit on julkaistu hoitotieteen tieteellisessä ja arvostetussa julkaisussa. Lähteinä on käytetty vähintään Pro Gradu-tutkielmatasoisia töitä. Tietoa on etsitty laajasti, mutta kriittisesti eri tietokannoista, kuten ARTO ja Terveysportti. Tiedonhakua on tehty myös internetin hakukoneilla ja Kaakurista. Tiedon etsintää on toteutettu terveysalan eri artikkelitietokannoista, kuten Medic, Cinahl, Cochcrane sekä Hotus. Hakusanoina, joilla on etsitty tietoa, ovat olleet esimerkiksi potilasohjaus, voimavaraistaminen, potilasturvallisuus, kirjallinen potilasohje, korva-, nenä-, ja kurkkutaudit, preoperatiivinen ohjaus, päiväkirurgia, omahoito ja polikliininen hoitotyö. Hakutuloksia emme ole kirjanneet ylös.

Lähteinä käytimme eri sairaaloiden ohjeita ja myös KNK-poliklinikan omia vanhoja ohjeita. Eri sairaanhoitopiirien potilasohjeet eivät kuitenkaan välttämättä ole luotettavia. Luotettavuuden kriteerit eivät täyty, sillä niitä ei välttämättä ole päivitetty. Ohjeista olemme käyttäneet vain tietoja, jotka olemme tarkistuttaneet poliklinikan asiantuntijoilla. Alkuperäisten lähteiden käyttäminen lisää luotettavuutta. (Mäkinen 2006, 130.)

Internetin kautta löytyy paljon julkaisuja ja niiden etsintä on helppoa hakukoneiden ja tietokantojen kautta (Mäkinen 2006, 163). Toimeksiantajan asettamat toiveet ja meidän omat tavoitteemme ohjeiden sisällöstä auttoivat oleellisen tiedon haussa. Artikkeleja aiheesta löytyi hyvin. Koska aiheestamme löytyi paljon erilaista lähdekirjallisuutta, joten ennemminkin meidän tuli karsia epäsoivia ja -luotettavia lähteitä.

Tutkimuksen arvioinnissa käytetään tutkimuksesta riippuen hyvin erilaisia arviointikriteerejä. Tavallisesti tutkimusten luotettavuuden arviointiin käytetään validiteettia eli pätevyyttä sekä reliabiliteettia eli pysyvyyttä. Lisäksi kriteereitä ovat Perttulan (1995) mukaan tutkimuksen johdonmukaisuus, reflektoinnin kuvaus, aineistolähtöisyys, kontekstisidonnaisuus, tavoiteltavan tiedon laatu, tutkimuksen subjektiivisuus ja tutkijan vastuullisuus. (Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016.) Kun kyseessä on kehityshanke, pitää luotettavuusarviointia ajatella laajemmassa mittakaavassa. Toteutuksessa tulee ajatella käytännön toimivuutta ja vaikutusta osallistuville tahoille. Näkökulmaksi voidaan ottaa esimerkiksi olemassa olevan ongelman ratkaiseminen. (Hämeen ammattikorkeakoulu 2016, 20–22.) Periaatteita noudattamalla saadaan aikaan

luotettava tutkimus. Mielestämme saimme aikaan toimivan toteutuksen, joka palvelee toimeksiantajaa.

Käytettyyn aineistoon on suhtauduttu kriittisesti ja punnittu sen luotettavuutta koko prosessin ajan ja näin on saatu aikaan yhtenäinen ja jäsentynyt kokonaisuus (Hirsjärvi ym. 2013, 189). Asiantuntijalausunnat saatiin KNK-poliklinikan osastonylilääkäreiltä ja apulaisosastonhoitajalta. Heillä kaikilla on vahva kokemus ja osaaminen alalta. Lääkärit tekivät korjauksiaan kirjallisesti ja apulaisosastonhoitajan kanssa kävimme keskustelua kasvatusten sekä sähköpostiviestejä käyttäen. Tapaamisista teimme lyhyet muistiinpanot. Samoin kaikki sähköpostiviestit on arkistoitu ja säilytetty. Näitä lausuntoja voidaan pitää luotettavina ja käyttökelpoisina. Kaikki vaiheet on dokumentoitu ja säilytetty. Korjaukset potilasohjeisiin on tehty toimeksiantajan edellyttämällä tavalla. Näin saimme luotua todellista yhteistyötä ja koko henkilöstön myös sitoutumaan projektiin. Terveystieteiden henkilöstön kautta saimme tärkeää tietoa loppukäyttäjien eli potilaiden tiedostetuista ja tiedostamattomista tarpeista. Palauttaessamme valmiit tuotteet poliklinikalle haimme viimeisen suostumuksen ja hyväksynnän potilasohjeillemme (Hirsjärvi ym. 2007, 25).

Vielä lopuksi voidaan työtämme tarkastella hoitotyön etiikan kannalta, joka myös osaltaan säätelee ohjausta terveysalalla (Vänskä ym. 2011, 10 - 16). Sairaanhoidajan työ on vastuullinen ja vahvasti eettiseen toimintaa perustuvaa (Sairaanhoidajaliitto 2016). Olemme käyneet opinnäytetyömme teon yhteydessä läpi omia tavoitteitamme ja sitä, mihin lopputulokseen haluamme työllämme päästä. Ammattietiikka on tullut vahvasti esille työn tekemisen yhteydessä ja sen vuoksi on luonteva peilata lopputulosta ammattieettisiin ohjeisiin ja niiden toteutumiseen. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet on määritelty 28.9.1996 Sairaanhoidajaliiton toimesta ja näiden ohjeiden myötä sairaanhoidajien koulutus ja työelämän käytänteet perustuvat yhteisiin periaatteisiin. (Sairaanhoidajaliitto 2016.)

Eettisiin ohjeisiin kuuluu väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, jotka ovat sairaanhoidajan tärkeimpiä tehtäviä. Hoidossa pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja sekä parantamaan elämänlaatua. Toinen ohje liittyy potilaan oikeuteen tehdä hoitoaan koskevia päätöksiä ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen. Omat tavoitteemme liittyvät voimavaraistavaan hoitotyöhön sekä potilaslähtöisyyteen. Ohjeita

tehdessä mielessä tuli pitää se, millä tavalla potilaalle annetaan kaikki tarvittavat työkalut leikkauksen jälkeiseen hoitoon, mutta sellaisessa muodossa, jossa potilas voi aktiivisesti osallistua oman hoitonsa päätöksiin. (Sairaanhoitajaliitto 2016).

Ammattitaidon ylläpitäminen ja kollegiaalisuus kuuluvat sairaanhoitajan eettiseen toimintaan. Halusimme ohjeillamme luoda myös poliklinikan henkilökunnalle potilasohjemallin, jonka avulla potilasohjaus ja asiasisältö ovat samankaltaisia hoitajasta riippumatta. Näiden asioiden lisäksi potilaiden läheisten tukeminen ja hoitoon osallistumisen mahdollistaminen ovat tärkeä osa sairaanhoitajan työtä (Sairaanhoitajaliitto 2016). Sairaanhoitajien eettisten ohjeiden näkökulmasta onnistuimme siis luomaan melko kattavat ohjeet.

LÄHTEET

Aaltonen, Leena-Maija 2011. Kurkunpään tutkiminen. Teoksessa Nuutinen, Juhani (toim.) Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Helsinki: Unigrafia Oy, 238.

Ahonen, Outi & Blek-Vehkaluoto, Mari & Ekola, Sirkka & Partamies, Sanna & Sulo-saari, Virpi & Uski-Tallqvist, Tuija 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoitotyö. Sanoma Pro Oy.

Arifulla, Dinah 2012. Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö. Pro Gradu - tutkielma. Hoitotiede Turun Yliopisto.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/86825/gradu2012Arifulla.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 26.09.2015.

Atula Timo 2007. Sylkirauhasen taudit. PDF-dokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96617.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.02.2016.

Atula, Timo & Blomberg, Karin 2008. Korva- nenä- ja kurkkutaudit. Päivystäjän opas. Duodecim.

Blomgren, Karin 2012. Nenän polyypitauti. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00304. Ei päivitystietoja. Luettu 2.1.2016.

Blomgren, Karin 2015a. Kitarisa ja kitarisan poisto. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00428&p_haku=kitarisaleikkaus. Ei päivitystietoja. Luettu 2.12.2015.

Blomgren, Karin 2015b. Vamman aiheuttama tärykalvovoreikä. WWW-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00756&p_haku=tärykalvo. Ei päivitystietoja. Luettu 2.12.2015.

Eloranta, Sini & Gröndahl, Weronica & Engblom, Janne & Leino-Kilpi, Helena 2014a. Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen toteutuminen dialyysihoidossa. Tutkiva Hoitotyö 4/2014.

Eloranta, Sini & Katajisto, Jouko & Leino-Kilpi, Helena 2014b. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 26/2014.

Eloranta, Sini & Leino-Kilpi, Helena & Katajisto, Jouko & Valkeapää, Kirsi 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. Tutkiva Hoitotyö 1/2015.

Grahn, Kristina 2014. Asiakas arviojana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. Jyväskylän yliopisto. Terveystiede. Pro Gradu-tutkielma. PDF- dokumentti.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/44516/URN:NBN:fi:juu-201410313152.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.11.2015.

Grenman, Reidar & Suonpää, Jouko & Silvoniemi, Pekka & Peltonen, Reijo 2010. Teoksessa: Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Anttila, Veli-Jukka & Hellsten, Soile & Rantala, Arto & Routamaa, Marianne & Syrjälä, Hannu & Vuonne, Risto (toim.). Suomen Kuntaliitto WS Bookwell Oy.

Haavisto, Lotta 2012. Toispuoleinen nenäoireilu. WWW-dokumentti. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10039. Ei päivitystietoa. Luettu 4.2.2016.

Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan potilaan ja perheenjäsenten näkökulmasta. Akateeminen väitöskirja. Hoitotiede. Tampereen Yliopisto. <http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/67478/951-44-6290-4.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 23.11.2015.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004 ja 2007. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

HUS 2016. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit. WWW-dokumentti. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/korva-nena-ja-kurkkutaudit/Sivut/default.aspx>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.3.2016.

Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. PDF-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 20.08.2015.

Hämeen ammattikorkeakoulu 2016. Tutkivan toiminnan luotettavuuden kriteerit. PDF-dokumentti. http://www.hamk.fi/verkostot/kudos/tutkiva-toiminta/Documents/HAMK_17_Luotettavuuskriteerit.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 26.3.2016.

Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä 2015. WWW-sivusto. <http://www.isshp.fi/index.asp>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.08.2015.

Jaakonsaari, Marjo 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - hoitotyön opettajien käsityksiä. Turun yliopisto. Hoitotiede. Pro Gradu-tutkielma. PDF-dokumentti. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.11.2015.

Jalanko, Hannu 2009. Korvatulehdus. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skl00014. Ei päivitystietoja. Luettu 2.12.2015.

Jalanko, Hannu 2014. Korvatulehdusten uusiutuminen lapsella. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00433&p_haku=tärykalvon%20ilmastointiputket. Ei päivitystietoja. Luettu 2.12.2015.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa. Tuotteistaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tammi 2000.

Kajaanin ammattikorkeakoulu 2016. Luotettavuus. WWW-dokumentti.
<https://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>. Ei päivitystietoja. Luettu 26.3.2016.

Kananen, Jorma 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä. JAMK.

Kananen, Jorma 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai Pro Gradun alusta loppuun. JAMK.

Kangas-Saarela, Tuula 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? Finnanest 38 (5), 457-458.

Kattainen Essi 2015. Fess - vaikutus antibioottikuurien tarpeeseen ja työkykyyn. Tutkielma. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen Yliopisto.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150316/urn_nbn_fi_uef-20150316.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 20.1.2016.

Kemppainen, Tatu 2009. Pain Treatment with Paracetamol and the Effect of Debridement on the Outcome After Endoscopic Sinus Surgery (Poskionteloleikkauksen jälkeinen kivunhoito ja jälkipuhdistuskäyntien vaikutus leikkauksen lopputulokseen). Väitöstiedote. Lääketieteellinen tiedekunta. Kuopion Yliopisto.
<http://wanda.uef.fi/uku-vaitokset/vaitokset/2009/ISBN978-951-27-1361-5tkemppainen.htm.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.11.2015.

Klemetti, Seija 2010. Counselling on limited preoperative fasting in paediatric ambulatory tonsillectomy. Turun yliopiston julkaisuja 892. Turku: Painosalama Oy.

Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016.

Kuisma, Markku & Holmström, Peter & Nurmi, Jouni & Porthan, Kari & Taskinen, Tuomas 2013. Ensihoito. Sanomapro Oy.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, Helvi & Hentinen, Maija 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY.

Käypähoito-suositus 2014. Leikkausta edeltävä arviointi. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50066>. Ei päivitystietoja. Luettu 2.12.2015.

Käypähoito-suositus 2013. Sivuontelotulehdus. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi38050#suositus>. Ei päivitystietoja. Luettu 21.11.2015.

Kääriäinen, Marja 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Hoitotiede. Oulun Yliopisto.

Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lipponen, Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Hoitotiede. Oulun Yliopisto. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526203720/isbn9789526203720.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 22.11.2015.

Lukkari, Liisa & Kinnunen, Timo & Korte, Ritva 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. WSOY.

Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Tammi.

Nuutinen Juhani 2013. Korva-, nenä-, ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Korva-tieto Oy.

Nuutinen, Juhani 2011. Teoksessa Nuutinen, Juhani (toim.) Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Helsinki: Unigrafia Oy.

Palokoski Marjo-Riitta 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro Gradu-tutkielma. Terveystiede. Tampereen Yliopisto.

Penttilä, Matti & Numminen, Jura 2008. Nenän sivuontelotulehduksen hoito pallolaa-jentimella. PDF-dokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo97622.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 14.11.2015.

Pitkäranta, Anne 2011. Lasten kuorsaus ja uniapnea. Teoksessa Nuutinen, Juhani (toim.) Korva-, nenä- ja kurkkutaudit ja foniatrian perusteet. Helsinki: Unigrafia Oy, 216.

Rantala Arto 2010. Postoperatiivisten infektioiden merkitys. Teoksessa Anttila Veli-Jukka, Hellsten Soile, Rantala Arto, Routamaa Marianne, Syrjälä Hannu, Vuonne Risto (toim.) Suomen Kuntaliitto WS Bookwell Oy.

Saarela, Katariina 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan koke-mana. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen Yliopisto. Terveystiede. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-23546>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.11.2015.

Saarelma, Osmo 2012. Korvan rakenne. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ldk00586. Ei päivi-tystietoja. Luettu 2.12.2015.

Saarelma, Osmo 2015a. Suurentuneet risat. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00710. Ei päivi-tystietoja. Luettu 2.12.2015.

Saarelma, Osmo 2015b. Kurkkukipu. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00830. Ei päivi-tystietoja. Luettu 14.10.2015.

Saarelma, Osmo 2015c. Sylkirauhasten sairaudet. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00332&p_haku=. Ei päivitystietoja. Luettu 2.1.2016.

Saarelma, Osmo 2015d. Korvakipu ja vuoto korvakäytävästä aikuisilla. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00277. Ei päivitystietoja. Luettu 7.3.2016.

Saarelma, Osmo 2015e. Kyynelteiden sairaudet. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00290. Päivitetty 23.06. 2015. Luettu 20.1.2016.

Saarelma, Osmo 2016. Nenäverenvuoto. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00306. Päivitetty 23.1.2016. Luettu 20.2.2016.

Sand, Olav & Oystein, V. Sjaastd & Haug, Egil & Bjålie, Jan G. & Tovrud, Kari C. 2013. Ihminen Fysiologia ja anatomia. Sanoma Pro Oy.

Sairaanhoitajaliitto 2016. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. WWW-dokumentti.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.3.2016.

Salanterä, Sanna & Heikkinen, Katja & Kauppila, Marjo & Murtola, Laura-Maria & Siltanen, Hannele 2013. Aikuispotilaan kirurgisen toimenpiteen jälkeisen lyhytkestoisien kivun hoitotyö. Hoitotyön suositus. HOTUS hoitotyön tutkimussäätiö. PDF-dokumentti. http://www.hotus.fi/system/files/Kivunhoito_suositus.pdf. Ei päivitystietoja. Luettu 21.11.2015.

Salanterä, Sanna & Virtanen, Heli & Johansson, Kirsi & Elomaa, Leena & Salmela, Marjo & Ahonen, Pia & Lehtikunnas, Tuija & Moisander, Marja-Liisa. & Pulkkinen, Marja-Leena. & Leino-Kilpi, Helena. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4/2005.

Seppä, Juha & Smirnov, Grigori & Kaarniranta, Kai & Tuomilehto, Henri 2012. Aikuisen alakyyneltietukosten kirurginen hoito. PDF-dokumentti.

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo10055.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.12.2015.

Sosteri 2003. Toiminta-ajatus ja arvomme. WWW-dokumentti.

<http://www.isshp.fi/index.asp>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.3.2016.

Sosteri 2015. Korva-, nenä- ja kurkkutaudit. WWW-dokumentti.

<http://www.isshp.fi/index.asp>. Ei päivitystietoja. Luettu 19.11.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016. Hoitotakuu. WWW-dokumentti.

<http://stm.fi/hoitotakuu>. Ei päivitystietoja. Luettu 25.03.2016.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Mitä on potilasturvallisuus? WWW-dokumentti. <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/potilasturvallisuus/mita-on-potilasturvallisuus>.

Päivitetty 26.8.2014. Luettu 26.11.2015.

Terveyskirjasto 2016. Tulehdus. WWW-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03553. Ei päivitystietoa. Luettu 21.01.2016.

Terveydenhuoltolaki 2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Päivitetty 30.12.2010. Luettu 1.8.2015.

Tohmo, Harri 2010. Miten leiko-toiminta muuttaa leikkaussalin toimintaa? Finnanest 43 (4), 310-311.

Vaasan keskussairaala 2013. Päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevalle. WWW-dokumentti.

http://www.vaasankeskussairaala.fi/Suomeksi/Potilaat__asiakkaat__omaiset/Paivakirurgia/Valmistautuminen_leikkaukseen. Päivitetty 24.7.2013. Luettu 19.11.2015.

Vaasan keskussairaala 2014. Leiko - leikkaukseen kotoa. WWW-dokumentti.

http://www.vaasankeskussairaala.fi/WebRoot/1013451/alasivu_alue1_menuleikkaus.aspx?id=1144247. Päivitetty 25.3.2014. Luettu 19.11.2015.

Vento, Seija & Virkkula, Paula 2012. Nenän polyypit. WWW-dokumentti.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&viewType=viewArticle&tunnus=duo10029. Ei päivitystietoja. Luettu 9.11.2015.

Vilkka, Hanna 2015. Tutki ja kehitä. Bookwell Oy.

Virtanen, Heli & Johansson, Kirsi & Heikkinen, Katja & Leino-Kilpi, Helena & Rankinen, Sirkku & Salanterä, Sanna 2007. Kirurgisen potilaan oppimistarpeet - katsaus oppimistarpeita arvioiviin mittareihin. Hoitotiede 1/2007, 33-48.

Vänskä, Kirsti & Laitinen-Väänänen, Sirpa & Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Helsinki: Edita.

Windahl, Riitta & Välimaa, Veikko 2012. Tuotekehitysprojekti AMK-yritysyhteistyönä - opas tekijöille ja toimeksiantajille. PDF-tiedosto.

<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522163349.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 8.12.2015.

Ylitalo, Lea 2011. Liikahikoilu. WWW-artikkeli.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99905. Ei päivitystietoa. Luettu 04.01.2016.



Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

POTILASOHJE

Potilasohje korvien putkituksen jälkeen (tympanostomia)

Korvien putkitusta käytetään usein toistuvan ja pitkittyneen korvatulehduksen hoitona. Putkitus tehdään välikorvan ilmastoimiseksi. Tarkoituksena on hoitaa liimakorvaa, pysyvää välikorvan eritteistä tilaa ja sekä vähentää toistuvia ja äkillisiä välikorvan tulehduksia.

Toimenpide tehdään nukutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä. Tärykalvo-putket toimivat noin 6 - 12 kk, jonka jälkeen ne irtoavat yleensä itseksensä. Putkikontrolleissa käydään muutaman kuukauden välein, kunnes putket poistuvat ja korvat todetaan terveeksi. Putkikontrolleista saatte erilliset ohjeet leikkauksesta kotiutuessanne.

Jälkihoito

Korvasta voi toimenpiteen jälkeen tulla eritettä ja verta. Tämä rauhoittuu kuitenkin yleensä muutaman vuorokauden sisällä. Kipu on yleensä vähäistä, mutta tarvittaessa voidaan käyttää lapsille tarkoitettuja kipulääkkeitä. Toimenpiteen jälkeen lapsen voi viedä päivähoitoon seuraavana päivänä.

Leikkauksen jälkeen tulee noudattaa vesisuojausohjeita, jotka leikkaava lääkäri käy kanssanne läpi

- putkikorvaan ei saa suihkuttaa vettä
- sukeltaa ei saa

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos ilmenee pahanhajuista vuotoa korvasta kolmen vrk jälkeen, lapsi valittaa korvaa kipeäksi tai lapselle nousee yli 38 asteen kuume.

Putkitetun korvan tulehdus liittyy usein nuhakuumeeseen. Putken ollessa paikallaan, tulehdus ilmenee märkävuotona korvasta. Korvakipua ei välttämättä ole. Jos putki on irronnut tai tukossa, ilmenee pelkästään korvakipua. Kummasakin tilanteessa tulee ottaa yhteyttä lääkäriin.

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje tärykalvon rasvapaikkauksen jälkeen

Rasvapaikalla korjataan tärykalvoreikä. Paikaksi käytetään pientä palaa rasvaa useimmiten joko korvannipukasta tai navan vierestä. Tärykalvon reunat verestetään ja rasvapala laitetaan reikään. Toimenpide tehdään yleensä nukutuksessa päiväkirurgisesti.

Jälkihoito

Toimenpiteen jälkeen tulee noudattaa muutamia ohjeita:

- korva pitää suojata vedeltä
- toimenpiteen jälkeen on vältettävä niistämistä ja ponnistelua
- lentomatoista on syytä keskustella lääkärin kanssa
- ensimmäinen kontrolliaika on noin kuukauden kuluttua korvapoliklinikalla
- saunaan voitte mennä saatuanne luvan lääkäriltä

Toimenpiteen jälkeen korva voi tuntua lukkoiselta ja sieltä voi kuulua napsahtelua. Tarvittaessa voitte käyttää Teille sopivaa kipulääkettä.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teille nousee yli 38 asteen kuume, korvasta tulee pahanhajuista vuotoa tai Teillä on huimausta tai pahoinvointia.

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje poskionteloleikkauksen jälkeen (FESS)

Krooninen tai toistuva poskiontelotulehdus aiheuttaa nenän vuotamista, tukkoisuutta, hajuaistin heikkenemistä, paineen tunnetta sekä arkuutta poskien alueella. Leikkaus parantaa sivuonteloiden luonnollista tuulettumista ja vähentää tulehduksia. Sen tarkoitus on avartaa poskiontelon laskutiehdyttä, jolloin eritteet pääsevät tyhjentymään paremmin.

Poskiontelon tähystys tehdään paikallispuudutuksessa tai nukutuksessa nenäkäytävien kautta. Ulkoisia arpia leikkauksesta ei jää, eikä nenän ulkomuoto muutu. Leikkaus tehdään päiväkirurgisesti.

Jälkihoito

Leikkauksen jälkeistä verenvuotoa estämään nenäänne saatetaan asettaa tamponi, joka joko sulaa itseksensä viikon aikana tai poistetaan seuraavana päivänä lääkärin ohjeen mukaan.

Leikkauksen jälkeen limaneritys nenästä voi olla runsasta. Liman seassa voi olla verta. Nenä on usein tukkoinen.

- **Nenää ei kuitenkaan saa niistää ensimmäisen vuorokauden aikana lainkaan.** Voimakasta niistämistä tulee välttää viikon ajan, jotta ilma ei kulkeudu kudoksiin.

Leikkauspäivänä tulee nauttia haaleaa ja pehmeää ruokaa sekä viileää juomaa verenvuodon ehkäisemiseksi. Jo seuraavana päivänä voitte palata omien tottumustenne mukaiseen ruokailuun.

Kipua sekä paineen tunnetta nenässä ja päänsärkyä esiintyy usein toimenpiteen jälkeen. Tarvittaessa voitte ottaa Teille sopivaa reseptivapaata kipulääkettä 1 - 4 vrk ajan leikkauksesta ohjeen mukaan.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Nenää pitää kostuttaa runsaasti keittosuolasuihkeilla (Physiomer, Humidose), koska se vähentää nenän karstoittumista ja arpikudoksen muodostumista. Kostutusta tulee jatkaa useita kertoja päivässä vähintään **kaksi viikkoa** toimenpiteen jälkeen.

Nenähuuhtelukannua voitte alkaa käyttämään jo leikkausta seuraavana päivänä. Kiinnittäkää kuitenkin erityistä huomiota puhtauteen.

Limakalvoja supistavia suihkeita voitte käyttää lääkärin erillisen ohjeen mukaan.

Fyysistä ponnistelua, rehkimistä, niistämistä, kuumia suihkuja sekä saunomista tulee välttää 2 viikon ajan.

Sairausloma kestää noin 7 - 14 vrk työstänne riippuen. Jälkitarkastus, jossa leikkausalue huuhdellaan, on noin 1 - 2 viikon kuluttua poliklinikalla.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- nousee yli 38 asteen kuume
- nenästä tulee märkäistä ja pahanhajuista eritettä
- leikkausalueella esiintyy pahenevaa kipua
- leikkausalueella esiintyy voimakasta turvotusta

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje poskiontelon radikaalileikkaukseen jälkeen (caldwell-luc)

Tähän leikkaustapaan päädytään usein kroonisen poskiontelotulehduksen vuoksi. Lääkehoito, huuhtelut tai täyhystysleikkaus ovat riittämätön hoito vaivaan. Leikkaus parantaa sivuonteloiden luonnollista tuulettumista ja vähentää siten tulehdustaipumusta. Leikkauksen tarkoituksena on sairaan poskiontelolimakalvon poistaminen ja sen korvaaminen terveellä.

Toimenpide tehdään nukutuksessa suuontelon kautta ylähuulen alta. Leikkauksessa limakalvomuutokset poistetaan kokonaan ja siinä tehdään vasta-aukko poskiontelosta nenän alakäytävään. Leikkaushaava on suussa ja siinä on itsestään sulavat ompeleet. Nenän ulkomuoto ei muutu, eikä ulkoisia arpia jää.

Sairaalassa vietetään yleensä yksi yö ja kotiudutte leikkauksesta seuraavana päivänä.

Jälkihoito

Leikkauksen jälkeen nenä on tukkoinen ja veristä vuotoa ilmaantuu vaihtelevasti jopa 2 viikon ajan. **Voimakasta niistämistä sekä aivastelua tulisi välttää**, koska ilma voi kulkeutua posken kudoksiin ja haava voi aueta.

Posken alueella voi esiintyä leikkauksen jälkeen turvotusta sekä mustelmia. Mahdollista turvotusta voi hillitä jääpusseilla. Posken turvotus ja mustelmat häviävät tavallisesti 1 - 2 viikon aikana.

Särky poskiontelosta voi säteillä korvaan sekä takaraivolle ja myös päänsärkyä voi esiintyä. Tarvittaessa voitte ottaa Teille sopivaa reseptivapaata kipulääkettä ohjeen mukaan 1 - 4 vrk ajan leikkauksen jälkeen.

Ylähuuli ja etuhampaat voivat olla tunnettomat muutaman viikon ajan leikkauksen jälkeen, tämä korjaantuu itseksensä.

Nauttikaa leikkauksen jälkeen viileitä ruokia ja juomia verenvuodon sekä turvotuksen ehkäisemiseksi. Ruuan tulisi olla pehmeää ja jäähdytettyä **yhden viikon ajan** leikkauksesta haavan paranemisen vuoksi.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Suu tulee huuhtoa vedellä **aina ruokailun jälkeen**, mutta älkää purskutelko voimakkaasti, jotta haava ei aukea. Huuhtominen pitää haavan puhtaana. Hampaita harjatessa pitää varoa ikenessä olevia ompeleita. Hammasproteeseja ei saisi käyttää viikkoon, koska sinä aikana ienpoimun haava paranee ja omellangat irtoavat.

Fyysistä ponnistelua, urheilua, rehkimistä sekä saunomista tulee välttää vähintään yhden viikon ajan toipumisen edistämiseksi. Sairausloma kestää noin 2 viikkoa.

Teille varataan kontrolliaika poskiontelon huuhtelua varten poliklinikalle noin 7 - 10 vrk kuluttua toimenpiteestä. Leikkauksen jälkeen poskiontelohuuhtelut tehdään tulpalla kanyylillä, joten muistattehan kertoa leikkauksesta hoitavalla lääkärille myös tulevaisuudessa.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- verenvuoto, joka ei asetu kotikonstein, pienet veriviirut ovat normaaleja
- nousee yli 38 asteen kuume
- nenästä tai suun haavasta tulee märkäistä ja pahanhajuista eritettä
- koette voimistuvaa kipua tai turvotusta leikkausalueella

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje nenän väliseinän korjausleikkauksen jälkeen (septoplastia)

Nenän väliseinän vinous aiheuttaa nenän tukkoisuutta ja nuhaa. Vinous voi olla joko synnynnäistä tai johtua esimerkiksi tapaturmasta. Leikkaus parantaa nenähengitystä sekä mahdollisia rakennevikoja.

Leikkauksessa nenän väliseinän rustot suoristetaan, käsitellään ja istutetaan takaisin. Uusi asento tuetaan useimmiten silikonilevyllä, joka myöhemmin poistetaan. Haavat jäävät nenän sisäpuolelle ja ompeleet sulavat itsekseen noin 3 viikossa. Toimenpide tehdään nenän sieraimen kautta päiväkirurgisesti.

Jälkihoito

Toimenpiteen jälkeen nenä voi tuntua tukkoiselta. Myös verensekaista limaa erittyy. Tukkoisuuden tunteen helpottamiseksi voitte kostuttaa nenää kostutustipoilla tai -suihkeilla (Humidose, Physiomer). Kostutussuihkeita tulisi käyttää **useita kertoja päivässä**, koska ne vähentävät nenän karstoittumista.

Toimenpidepäivänä tulisi nauttia vain pehmeää ja haaleaa ruokaa ja viileitä juomia.

Puoli-istuva asento saattaa helpottaa oloanne leikkauksen jälkeisenä yönä ja seuraavana päivänä.

Leikkauksen jälkeen on tärkeää välttää voimakasta niistämistä sekä nenän kaivamista **kahden viikon** ajan.

Tarvittaessa voitte ottaa särkyyn teille sopivaa reseptivapaata kipulääkettä 1 - 7 vrk ajan.

Mahdollisesti väliseinän tueksi asetettu silikonilevy poistetaan noin viikon kuluttua leikkauksesta. Saatte kontrolliajan KNK - poliklinikalle.

Sairausloma kestää noin 10 - 14 vrk. Sen aikana tulee välttää ponnistelua, kovatehoista liikuntaa, rehkimistä sekä saunomista.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- runsasta verenvuotoa nenästä
- märkäistä ja pahanhajuista eritettä nenästä
- lisääntyvää kipua, arkuutta tai tukkoisuutta
- Teille nousee yli 38 asteen kuume

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje kyynelkanavanavausleikkauksen jälkeen (dacryocystorhinostomia)

Kyynelteiden tukkeutumisen oireena on silmän vetisyys ja vuotaminen, koska kyynelnesteen virtaus on estynyt. Silmä usein rähmii tukoksen aiheuttaman akuutin tai kroonisen kyynelpussintulehduksen vuoksi. Muita tavallisia oireita ovat silmän seudun kivut, näöntarkkuuden vaihtelu sekä kaiherrus. Vaiva voi olla joko synnynnäinen, iän, vamman tai tulehduksen aikaansaama.

Leikkauksella muodostetaan uusi yhteys eli avanne kyynelpussiin nenän kautta. Tavoitteena on kyynelnesteen vapaa kulku silmästä nenään. Leikkaus tehdään yleensä nukutuksessa nenän kautta tähystämällä. Toimenpide tehdään päiväkirurgisesti.

Jälkihoito

Leikkauksen jälkeen nenä on tukkoinen turvotuksen ja nenään kertyneen kars-tan vuoksi. Nenän runsas kostutus keittosuolaliuoksella useita kertoja päivässä (Humidose, Physiomer) on tärkeää. Voitte käyttää myös ns. sarvikuonoa eli ne-nähuuhtelukannua. Huolehtikaa erityisesti kuitenkin sen puhtaudesta.

Voimakasta niistämistä tulee välttää, koska niistäessä voi silmäkuoppaan men-nä paineen vaikutuksesta ilmaa.

Särky leikkauksen jälkeen on usein lievää, tarvittaessa voitte käyttää Teille so-pivaa reseptivapaata kipulääkettä 1 - 4 vrk ajan ohjeen mukaan.

Leikatulle puolelle silmään käytetään silmätippoja hoitavan lääkärin antaman erillisen ohjeen mukaan.

Sairausloma kestää noin 10 - 14 vrk työstänne riippuen. Tämän ajan Teidän tulisi välttää ponnistelua, rehkimistä ja kovatehoista liikuntaa. Myöskään sau-nomista ei suositella sairausloman aikana.

Leikkauksen jälkihoitoon kuuluu 2 - 3 jälkikontrollia poliklinikallamme, jossa kyy-neltiehyen toiminta varmistetaan huuhtelulla.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalandite 6
57120 Savonlinna

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- nousee yli 38 asteen kuume
- voimakasta kipua leikkausalueella, nenässä tai silmässä
- veren tai pahanhajuisen eritteen vuotoa silmästä

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje nenäpolyyppien poistoleikkauksen jälkeen (polypektomia)

Nenäpolyyppi on nenän limakalvon muutos, joka aiheuttaa nenän tukkoisuutta, kirkasta vuotoa, nuhaa ja hajuaistin heikkenemistä. Joskus oireina voi olla katkonaisia yöunia, päiväväsymystä sekä päänsärkyä.

Mikäli lääkityksestä ei ole apua ja polyyppeja on runsaasti, voidaan polyypit poistaa täyhystystoimenpiteessä. Toimenpide tehdään paikallispuudutuksessa. Sen tavoitteena on parantaa ilmankulkua ja poistaa nenää tukkivat polyypit. Leikkaus tehdään päiväkirurgisesti.

Jälkihoito

Leikkauksen jälkeistä verenvuotoa estämään nenäänne saatetaan asettaa tamponi, joka joko sulaa itseksensä viikon aikana tai poistetaan seuraavana päivänä lääkärin ohjeen mukaan.

Toimenpidepäivän tulisi nauttia vain viileitä ruokia ja juomia verenvuodon ehkäisemiseksi.

Särkyä voi esiintyä. Tarvittaessa voitte ottaa **Teille sopivaa** reseptivapaata kipulääkettä ohjeen mukaan 1 - 4 vrk ajan leikkauksesta.

Toimenpiteen jälkeen nenästä voi tulla verensekaista eritettä. Voimakasta niistämistä on vältettävä verenvuodon ehkäisemiseksi. Nenää ei saa myöskään kaivella tulehdusriskin vuoksi.

Nenään annosteltavaa kortisonilääkitystä jatketaan yleensä leikkauksen jälkeen lääkärin ohjeen mukaan, koska se hidastaa polyyppien uudelleenkasvua.

Rehkimistä, urheilua sekä saunomista tulisi välttää sairausloman ajan. Sairausloma kestää noin 7 - 10 vrk työstänne riippuen.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Mikäli Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- runsasta verenvuotoa nenästä, joka ei asetu kotikonstein
- nenästä vuotaa pahanhajuista märkäistä eritettä
- voimistuvaa kipua
- lisääntyvää tukkoisuutta
- Teille nousee yli 38 asteen kuume



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

POTILASOHJE

1

Potilasohje nenäverenvuodon jälkeen

Nenäverenvuoto on peräisin nenän limakalvon verisuonista. Useimmiten vuotava alue on nenän väliseinän etuosa, mutta vuoto voi olla peräisin nenän muistakin osista. Vuodon määrä vaihtelee tiheästä runsaaseen vuotoon. Vuoto nenästä voi alkaa itsestään ilman selkeää syytä tai sen voi aiheuttaa tulehdus, voimakas niistäminen, nenän kaivaminen, vamma, lääkitys, yksilöllinen vuototaipumus tai verenvuototauti. Tavallisin syy on limakalvon heikentyminen kuivumisen tai flunssan vuoksi.

Hoito poliklinikalla

Vuotokohdasta ja vuodon määrästä riippuen lääkäri on tyrehdyttänyt vuodon puudutuksen jälkeen. Teidän nenäverenvuotonne hoito oli:

- ☐ Laapistus eli "polttaminen" hopeanitraatilla
- ☐ Poltto sähköisellä polttokärjellä
- ☐ Sulava tamponi
- ☐ Sulamaton tamponi, joka poistetaan

__pv__ kk ____ v klo ____ KNK-poliklinikalla

__pv__ kk ____ v klo ____ kotona lääkärin ohjeen mukaan

Jälkihoito

Nenäverenvuodon jälkeen tulee välttää 3 päivän ajan ponnisteluja, rehkimistä, nenän kaivamista, saunomista, alkoholia sekä lämpimien ruokien ja juomien nauttimista.

Vuotoherkkyttä lisäävät myös itsehoitolääkkeet, kuten Omega 3. Sen käytöstä tulee kertoa lääkärille ja tauottaa se vähintään kuukauden ajaksi.

Kuivia ja vuotoherkkiä limakalvoja kannattaa hoitaa nenää kostuttavilla suihkeilla (esim. Humidose, Nozoil, Physiomer).

Toistuvissa vuotoissa tulee hakeutua uudestaan lääkärin vastaanotolle.

Tutustukaa huolellisesti sivun toisella puolella olevaan kotiohjeeseen.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna



Jos vuoto alkaa kotona uudelleen:

- Menkää etukumaraan asentoon ja välttää verien nielemistä, koska se aiheuttaa voimakkaan pahoinvoinnin.
- Pysykää rauhallisena, koska hätäntyminen lisää vuotoa.
- Tyhjentäkää nenä verihyytymistä ja tuoreesta verestä voimakkaasti niistämällä.
- Puristakaa vuotava sierain umpeen painamalla nenän väliseinää voimakkaasti peukalolla ja etusormella yhtäjaksoisesti 10 - 15 minuuttia.
- Jos verenvuoto ei lakkaa puristuksen aikana, tyhjentäkää nenä uudelleen voimakkaasti niistämällä.
- Sierain puristetaan uudelleen kiinni 15 minuutin ajaksi peukalolla ja etusormella väliseinää painaen.
- Asettakaa jääpussi niskaan tai otsalle.
- Jos vuoto ei tyrehdy, hakeutukaa hoitoon päivystykseen.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

Vuoto alkaa uudelleen, eikä asetu yllä olevan ohjeen mukaisesti tai Teille nousee yli 38 asteen kuume aikana, jolloin nenässänne on tamponi.

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Potilasohje kitarisaleikkauksen jälkeen (adenotomia)

Kitarisa sijaitsee nenänielussa. Se ei näy suuhun tai nenään katsottaessa, koska se sijaitsee pehmeän suulaen takana. Leikkausta saatetaan tarvita, jos lapsella on toistuvia korva- ja ylähengitystieinfektioita, kun nenähengitys on todettu huonontuneeksi tai kitarisa on todella suurikokoinen, jolloin lapsi kuorsaa. Leikkaus tehdään nukutuksessa päiväkirurgisena toimenpiteenä.

Jälkihoito

Leikkauksen jälkeen voi esiintyä pahoinvointia ja väsymystä nukutusaineista johtuen. Kipua ja lievää lämmönnousua alentamaan voidaan käyttää lapsille tarkoitettuja kipulääkkeitä. Leikkaukipu rauhoittuu yleensä 3 - 4 vrk kuluessa.

Ruokailussa ei ole rajoituksia, mutta leikkauspäivänä kannattaa suosia viileitä ja pehmeitä ruokia. Toipumisen kannalta on tärkeä kiinnittää huomiota riittävään nesteensaantiin.

Viikon ajan tulee välttää

- liikuntaa
- ponnisteluja
- saunomista

Päivähoidosta tai koulusta pitää olla pois kaksi päivää.

Hengitys saattaa haista epämiellyttävälle noin viikon ajan, kunnes haavapinnalle muodostuneet peitteet irtoavat. Hampaat voi pestä normaalisti.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos ilmenee jotain seuraavista:

- verenvuotoa ja oksentelua
- lapselle nousee yli 38 asteen kuume
- syöminen ja juominen eivät onnistu

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

POTILASOHJE

1

Potilasohje nielurisaleikkauksen jälkeen (tonsillektomia)

Nielurisat poistetaan usein toistuvien tulehdusten tai risojen suuren koon vuoksi. Toimenpide tehdään nukutuksessa yleensä päiväkirurgisena toimenpiteenä.

Jälkihoito

Leikkauksen jälkeen kurkku on kipeä ja turvoksissa noin 10 - 14 vuorokauden ajan. Kurkku on kipeimmillään 4 - 6 vrk leikkauksesta. Nielemisarkuutta ja korviin säteilevää kipua esiintyy kahden viikon ajan. Lievää lämmönnousua saattaa ilmaantua leikkauksen jälkeen.

Sopivaa kipulääkitystä tarvitaan usein vähintään viikon ajan säännöllisesti ja sen jälkeen tarpeen mukaan. Käyttäkää lääkärin suosittelemaa kipulääkettä annetun ohjeen mukaisesti.

Kuumaa ja karkeaa ruokaa/juomaa ei vuotoriskin takia suositella leikkauksen jälkeen 10 vuorokauteen, mutta voinnin parantuessa tulisi pyrkiä monipuoliseen ruokavalioon. Toipumisen kannalta on tärkeä kiinnittää huomiota riittävään nesteensaantiin.

Kahden viikon ajan tulee välttää

- kuntoliikuntaa
- ponnisteluja
- kuumia kylpyjä sekä saunomista

Nielurisojen poisto jättää nieluun haavapinnat, jotka leikkauksen jälkeen peittyvät vaalealla peitteellä. Hengitys saattaa haista tällöin epämiellyttävälle. Peitteet irtoavat noin 1 - 2 viikon kuluttua leikkauksesta, samalla esiintyy usein pientä itsestään lakkaavaa verenvuotoa. Jos nielusta alkaa vuotaa verta, ottakaa jääpala suuhun ja asettakaa kylmäpusi kaulalle.

Sairasloma-aika on kaksi viikkoa. Kouluun voi mennä viikon kuluttua leikkauksesta, liikunnasta on oltava pois kaksi viikkoa. Leikattu lapsi tarvitsee aikuisen valvontaa viikon ajan. Puhua saa normaalisti. Haavapintojen paranemista edistää hyvä suuhygienia, joten hampaat saa pestä tavalliseen tapaan.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- runsasta verenvuotoa tai nieleminen käy hankalaksi
- Teille nousee yli 38 asteen kuume

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

**Potilasohje kurkunpään tähystyksen jälkeen
(laryngomikroskopia)**

Kurkunpään tähystys tehdään yleensä nukutuksessa päiväkirurgisesti. Toimenpide tehdään kurkunpään tilan tarkistamiseksi, tarvittaessa otetaan koepaloja. Myös kurkunpään toimintaa voidaan tarkistaa.

Jälkihoito

Toimenpiteen jälkeen saatetaan suositella äänilepoa. Äänilevon pituus riippuu suoritetusta toimenpiteestä. Äänilevon aikana pitää puhua mahdollisimman vähän, kuiskaamista ja rykimistä on vältettävä.

Toimenpideiltä on hyvä lepäillä. Toimenpidepäivänä kannattaa välttää karkeita ruokia ja juomia, mutta seuraavana päivänä voi syödä ja juoda normaalisti.

Kurkkukipu on yleensä lievää. Tarvittaessa voitte käyttää Teille sopivaa kipulääkettä.

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee kurkun alueella voimakasta kipua

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.

Korvanedussylkirauhasen poistoleikkaus



Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

POTILASOHJE

1

Potilasohje korvanedussylkirauhasen poistoleikkauksen jälkeen (parotidectomy)

Korvasylkirauhanen sijaitsee korvan edessä. Rauhasen tehtävä on erittää sylkeä ja kostuttaa suuta ja nielua sekä käynnistää normaali ruuansulatus. Tavallisia syitä korvasylkirauhasen poistoon tai osapoistoon ovat erilaiset muutokset, häiriöt sen toiminnassa ja harvemmin myös sylkikivet. Sylkirauhasissa esiintyy erilaisia kasvaimia, joista suurin osa on kuitenkin (80 %) hyväläatuista. Poistetusta rauhasesta otetaan näytepala.

Useimmiten sylkirauhasen muutos poistetaan leikkaamalla. Leikkaus kestää 2 - 4 tuntia sen laajuudesta riippuen. Se tehdään nukutuksessa. Sairaalassa olette seuraavaan leikkauksen jälkeiseen päivään. Leikkaushaava kulkee mutkitellen korvan edestä kohti kaulaa. Haava suljetaan ompelein. Leikkausalueelle jätetään usein pieni muovinen laskuputki eli dreeni, jotta kudokset ja veri pääsevät poistumaan. Dreeni poistetaan seuraavana päivänä ennen kotiutumista. Leikkaukseen liittyy pieni kasvohermohalvausriski.

Jälkihoito

Tarvittaessa voitte ottaa leikkauksen jälkeen Teille sopivaa reseptivapaata kipulääkettä ohjeen mukaan 1 - 4 vrk leikkauksen jälkeen. Kipu on kuitenkin usein lievää.

Ompeleet poistetaan haavalta keskimäärin 7 - 10 vrk kuluttua. Saunaan ja uimaan voitte mennä 1 vrk kuluttua **ommelten poiston jälkeen**.

Sairausloman kesto on noin 2 viikkoa. Sen ajan Teidän tulee välttää rehkimistä ja voimakasta ponnistelua.

Joissain tapauksissa leikkauksen jälkeen voi esiintyä hikoilun tunnetta kasvojen ja kaulan leikatulla puolella, varsinkin syödessä. (ns. Freyn syndrooma).



POTILASOHJE

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 Savonlinna

Milloin on syytä ottaa yhteyttä?

Ottakaa yhteyttä, jos Teillä ilmenee jotain seuraavista:

- haavalla on voimakasta tai pahenevaa kipua
- haavalta vuotaa pahanhajuista eritettä
- leikattu alue turpoaa voimakkaasti
- teille nousee yli 38 asteen kuume

Yhteystiedot

Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka arkisin klo 8 - 15 puh 044 417 3391.
Muina aikoina päivystyspoliklinikka puh 015 527 7100.



SAATEKIRJE

5.4.2016

Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka
Keskussairaalantie 6
57120 SAVONLINNA

Hei,

Kiitämme lämpimästi Savonlinnan Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikkaa, sairaanhoitajia ja lääkäreitä yhteistyöstä potilasohjeiden teossa, konsultoinnista ja asiantuntijalausunnoista.

Ohessa liitteenä ovat valmiit potilasohjeet poliklinikalle. Korjaukset ja viimeistelyt niihin on tehty viimeisen palautteenne pohjalta 4.3.2016. Kieliopillisesti ne on tarkistettu 31.3.2016.

Työssämme hyväksytyjen ohjeiden sisältöön viitattaessa käytetään Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka 2016. Ohjeiden hyväksyjäksi merkitään samoin Korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikka ja ne päivätään päivämäärälle 31.03.2016.

Tervetuloa työn esitystilaisuuteen klo 16.15 Mikkelin Ammattikorkeakoululle Savonniemen kampukselle luokkaan 312. Opinnäytetyömme raportointiosan tarkistuksen jälkeen lähetämme sen työelämäohjaajan sähköpostiin. Samassa lähetämme myös verkkolinkin Theseukseen.

Valmiit ohjeet toimitetaan muistitikulla ja yksinä tulosteina. Toivomme, että potilasohjeet lisätään Sosterin Intraan ja otetaan käyttöön potilastyöhön pian. Tarkoituksena oli, että ohjeet menevät käyttöön myös päiväkirurgiseen yksikköön ja ohje nenäverenvuodosta myös päivystyspoliklinikalle.

Kiitos yhteistyöstä ja hyvää kevään jatkoa!
Terveisin,

Sonja Naukkarinen
040-7662557

Tytti Böök
040-8451534

Sopimus opinnäytetyön tekemisestä



MAMK

University of Applied Sciences

SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Korva-, nenä-, kurkkutautien poliklinikkaJärvenlinnan keskussairaala, Jasterija Mikkelin ammattikorkeakoulun Järvenlinnan laitoksenhoitotyön koulutusohjelman opiskelija(t)Sonja Naukkarinen ja Tytti BöökOpinnäytetyön aihe: Ajantascuset potilasohjeet KNK - toimenpiteisiin
menenille potilaille

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Jaana DillströmTyöelämäohjaaja: Riitta JokelaOpinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: maaliskuu 2016

Opinnäytetyön TK-tavoitteet:

Tuotekehitysprosessin avulla kehitetään ajantasaisten
potilasohjeiden KNK-alan leikkauspotilaille.
Huomioidaan asiakaslähtöisyys, potilasturvallisuus

TK-TAVOITTEET: Tutkimus- ja kehittämistoiminnalla (t&k) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. Kriteerinä on, että toiminnan tavoitteena on jotain oleellisesti uutta. Tutkimus- ja kehittämistoimintaan sisällytetään perustutkimus, soveltava tutkimus sekä kehittämistyö. Soveltavalla tutkimuksella tarkoitetaan sellaista toimintaa uuden tiedon saavuttamiseksi, joka ensisijaisesti tähtää tiettyyn käytännön sovellutukseen. Soveltavaa tutkimusta on esim. sovellusten etsiminen perustutkimuksen tuloksille tai uusien menetelmien ja keinojen luominen tietyn ongelman ratkaisemiseksi. Tuote- ja prosessikehityksellä (kehittämistyöllä) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tutkimuksen tuloksena ja/tai käytännön kokemuksen kautta saadun tiedon käyttämiseksi uusien aineiden, tuotteiden, tuotantoprosessien, menetelmien ja järjestelmien aikaansaamiseen tai olemassa olevien olennaiseen parantamiseen. (Tilastokeskus)

Mikkelin ammattikorkeakoulussa tehdyt opinnäytetyöt julkaistaan pdf-muotoisena kokotekstisinä tiedostoina ammattikorkeakoulujen yhteisessä julkaisuarkistossa Theseuksessa (<http://www.theseus.fi>). Opinnäytetyöt ovat pääsääntöisesti julkisia asiakirjoja. Theseuksen käyttöehtosopimuksen hyväksyminen on samalla lupa työn julkaisemiseen internetin laajuusena näkyvyytenä. Vaihtoehtoisesti opinnäytetyö voidaan julkaista myös tekijöiden harkinnan mukaan tai opinnäytetyön ohjaajan tai toimeksiantajan suosituksesta MAMKin sisäisessä verkossa. MAMKin sisäisessä verkossa julkistettu työ ei näy julkisena internetissä, mutta on käytettävissä MAMKin sisäisessä verkossa.

Muut sopimusehdot:

Aika ja paikka

Tytti Böök Sonja Naukkarinen

Opiskelijan allekirjoitus

/opiskelijoiden allekirjoitukset

Riitta Jokela 9.10.2015

Toimeksiantajan allekirjoitus

Lupa aineiston kokoamiseksi



MAMK
University of Applied Sciences

PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Itä-Savon sairaanhoitopiiri Sosteri, Savonlinnan keskussairaala

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Tehdä tuotekehitysprosessin avulla päivitetyt potilasohjeet KNK-poliklinikan potilaille kahteentoista toimenpiteeseen.	
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikka, Savonlinnan keskussairaala. Yhteyshenkilönä apulaisosastonhoitaja Riitta Jokela.	
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Tuotekehitysprosessi. Asiantuntijakonsultaatio ja teoriaosuus – Asiantuntijakonsultaatiossa haastatellaan KNK-poliklinikan lääkäreitä potilasohjeiden tuotekehitysprosessin tiimoilta.	
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Tammikuu 2016 – Huhtikuu 2016	
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Huhtikuu 2016	
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	9. päivänä joulukuuta 2015	<i>Jan Dillström</i> opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Jaana Dillström	
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot		
Nimi	Tytti Böök	puh. 0408451534 <i>Tytti Böök</i>
Osoite	Heikinpohjantie 30 B 16, 57100 Savonlinna	
Nimi	Sonja Naukkarinen	puh. 0407662557 <i>Sonja Naukkarinen</i>
Osoite	Hirvatie 3, 57230 Savonlinna	

Anomus käsitelty 14.12.2015

☒ lupa myönnetty

☐ lupa eväty, peruste:

Liitta Sipinen, haastattelututkimus
LIITTA SIPINEN

Allekirjoitus

Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille.
LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

LIITE 16.(1)

Kirjallisuuskatsaus

1

Tutkimuksen bibliografiset tiedot MAMK:n raportointiohjeiden mukaan	Tutkimuskohde	Otoskoko, menetelmä	Keskeiset tulokset	Oma intressi opinnäytetyömme kannalta
1. tutkimus Junttila, Kristiina & Kiviniemi, Kirsi & Leinonen, Tuija & Nivalainen, Jarmo 2009. Katsaus perioperatiivista hoitotyötä koskeviin yliopistollisiin opinnäytetöihin Suomessa vuosina 1987-2007.	Katsaus perioperatiivista hoitotyötä koskeviin yliopistollisiin opinnäytetöihin Suomessa vuosina 1987-2007.	Tutkimusaineisto analysoitiin käyttämällä sisällönanalyysia.	2000-luvulla Suomessa on julkaistu 41 opinnäytetyötä perioperatiivisesta hoitotyöstä. Valtaosa opinnäytetöistä oli tasoltaan pro gradu –tutkielmia, mutta 2000-luvulla oli valmistunut myös väitöskirjatutkimuksia.	Tähän artikkeliin oli koottu peruskäsitteitä perioperatiivisesta hoitotyöstä – niitä voimme käyttää hakusanoina ja tiedon etsimisen apuna. Artikkelista saamme tietoa aikaisemmin perioperatiivisesta hoitotyöstä tehdyistä yliopistotason opinnäytetöistä.

2

2. tutkimus Sinivuo, Riikka & Paavilainen, Eija 2011. Perheen ja sen kulttuuritaustan rooli päiväkirurgisessa hoidossa: systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata perheen roolia päiväkirurgisen potilaan hoidossa. Tutkimuksessa otettiin huomioon perheiden kulttuurinen tausta.	Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin 20 tutkimusartikkelia tai raporttia, joista kymmenen määrällisin, neljä laadullisin ja kaksi määrällisen ja laadullisen yhdistelmä tutkimusta. Tutkimukset analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.	Perheen rooli päiväkirurgisessa hoidossa. Perhe mahdollistaa päiväkirurgisen hoidon auttamalla leikkaukseen valmistautumisessa toimimalla saattajana ja auttamalla kotona leikkauksen jälkeen. Perheen ja hoitajien yhteistyö sisältää oleellisen tiedon välittämisen. Tutkimusten mukaan iäkkäät toivovat omaisten osallistumista ohjaukseen. Perheen odotetaan osallistuvan hoitoprosessiin vaikka usein se jätetään huomioimatta ohjauksessa.	Toi ideoita, minkälainen rooli ohjauksella on tiedonvälittäjänä. Sen on palveltava myös koko perhettä, otettava potilaan kulttuuri ja ikä huomioon. Onnistunut ohjaus lisää perheen osallistumista, lieventää lasten pelkoja, helpottaa valmistautumista ja edesauttaa toipumista. Lyhyet ja nopeat asiakaskontaktit edellyttävät tehokasta ohjausta. Ohjeiden ymmärtäminen lisää turvallisuutta ja kotihoito onnistuu todennäköisemmin.
3. tutkimus Kvist, Tarja & Miettinen,	Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien	Osana Potilasturvallisuuskulttuuri-hanketta. Verk-	Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueiden myönte-	Olemme miettineet opinnäytetyön näkökulmaksi

Merja & Mäntynen, Raija & Partanen, Pirjo & Turunen, Elina & Turunen, Hannele & Vehviläinen- Julkunen, Katri 2015. Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoidtajien kulttuuriarvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella	kulttuuriarvioimana: pitkittäistutkimus yhden yliopistosairaalan erityisvastuualueella.	kokysely yhden yliopistosairaalan sairaalohenkilöstölle vuosina 2008 ja 2011.	set arvioinnit vaihtelivat 2008 28-68% ja 2011 32-72%. Vahva potilasturvallisuuskulttuuri olisi edellyttänyt 75% myönteisiä arviointia, mutta tutkimuksen aikana potilasturvallisuuskulttuuri kuitenkin vahvistui sairaanhoidtajien arvioinnin mukaan.	juuri potilasturvallisuuden näkökulmaa ja tämä kyseinen artikkeli kartoittaa hoitohenkilökunnan mielipidettä potilasturvallisuudesta monella eri osa-alueella erikoissairaanhoidossa, johon meidänkin opinnäytetyömme aihe kuuluu.
4. tutkimus Antila, Heikki & Grenman, Reidar & Kinnunen, Ilpo & Klemetti, Seija & Leino-Kilpi, Helena & Suominen, Tarja & Vahlberg, Tero 2012. Päiväkirurgistenlapsipotilaiden pitkittävää preoperatiivista paastoa voidaan lyhentää vanhempien aktiivisella ohjauksella.	Päiväkirurgistenlapsipotilaiden pitkittävää preoperatiivista paastoa voidaan lyhentää vanhempien aktiivisella ohjauksella.	Aineistopohjainen tutkimus, jossa oli interventioryhmä ja kontrolliryhmä.	Paaston lyhentämistä tulisi pitää yhtenä hoitotyön mahdollisuutena vaikuttaa lapsen kokemukseen leikkauksista.	Artikkelissa on monia hyviä hakusanoja, jotka siivottavat opinnäytetyömme aiheita: lapsi, päiväkirurgisen hoitotyö, preoperatiivinen paasto, vanhempien ohjaus. Tarkoituksenamme on kiinnittää huomiota potilasohjaukseen, osassa leikkauksista on lapsipotilaita.

ohjauksella.				
5. tutkimus Klemetti, Seija 2010. Counselling on limited preoperative fasting in paediatric ambulatory tonsillectomy.	Sairaanhoitajien toteuttaman vanhempien ohjauksen toteuttaminen.	Aineistopohjainen tutkimus, jossa oli interventioryhmä ja kontrolliryhmä.	Interventioryhmässä olevat lapset olivat kivuttomampia VAS- asteikolla mitattuna koko 24 tunnin ajan leikkauksesta. Ohjaaminen vähensi myös vanhempien tiedontarvetta preoperatiivisesti, lievensi ahdistusta ja paransi lapsen kokemusta leikkaustoimenpiteestä.	Artikkeli sisältää hyödyllistä tutkimustietoa juuri perioperatiivisesta ohjauksesta ja sen merkityksestä potilaiden kokemukseen leikkauksesta.
6. tutkimus Arifulla Dinah. 2012. Kirurgisten potilasohjeiden laatu ja valmius tukea voimavaraistavaa potilasohjausta sekä infektioiden torjuntaan liittyvä sisältö.	Miten potilasohjeet ehkäisivät infektoita ja olivatko potilas ohjeet voimavaraistavia. Toteutuiko niissä hyvän ohjauksen periaatteet?	Aineistona analysoitiin viiden yliopistosairaalan kirurgisille aikuispotilaille tarkoitettujen potilasohjeiden otoskoko 237. Deduktiivisella sisällönanalyysillä analysoitiin potilasohjeiden valmiuksia tukea voimavaraistavaa potilasoh-	Tutkimus tarjoaa lähtökohdan kehittää potilasohjeiden infektioiden torjuntaan liittyvää sisältöä sekä potilaan osallistuvuuden lisäämistä. Erityisesti tulisi kehittää potilaan osallistuvuuden tukemista voimavaraistavalla potilasohja-	Saimme ajatuksia, millainen on hyvä ja voimavaraistava potilasohjaus. Voimavaraistava ohjaus on noussut esille useissa uusissa tutkimuksissa. Infektioiden ehkäisyn näkökulman huomioiminen tuli uutena ajatuksena tä-

		jausta	uksella.	män tutkimuksen myötä.
7.Tutkimus Saarela Katariina 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoidajan kokemana. Pro Gradu tutkielma.	Asiantuntijasairaanhoidajien kokemukset Tutkimuksen tuloksena muodostettiin kuvaus kirurgisen potilaan ohjauksesta sekä tekijöistä, jotka vaikuttivat potilaan ohjaukseen asiantuntijasairaanhoidajan kokemana.	Tutkimuksen aineisto kerättiin yhden yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella (ERVA) kirurgisen potilaan ohjauksessa ja itsenäisillä vastaajien toimivien asiantuntijasairaanhoidajien (n=16) laatimien essee-kirjoitelmien avulla. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Tuloksena saatiin aikaan kuvaus kirurgisen potilaan ohjauksesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä. Potilasohjaus rakentuu potilaslähtöisesti elämäntilanteen mukaan. Ohjauksen tulee olla laadukas ja vuorovaikutteisuuteen perustuva, dynaaminen prosessi. Sen tulee olla systemaattista, tarkkaan suunniteltua ja kehitettyä.	Saimme näkemyksen kokonaisvoimavaroistamisen käsitteestä sekä siitä millaista nykypäivän potilasohjauksen tulee olla.
8.Grahn Kristina 2014. Asiakas arviojana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista.	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiseksi potilaat arvioivat saamansa potilasohjeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä.	Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kyselynä lonkan ja polven tekonivelleikkaukseen sekä	Potilaat tarvitsevat kirjallisia ohjeita omatoimiseen itsehoitoon ja kuntoutumiseen. Tutkimustulosten	Tuotekehitysprosessissa tulisi vakaasti harkita asiakkaiden eli potilaiden mukaan ottamista ohjeiden

	raanhoitopiirissä. Kehitettyä mittaria arvioitiin myös.	ortopediseen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen osallistuvilla potilailla (N=334). Potilaita pyydettiin arvioimaan saamiaan kirjallisia potilasohjeita tutkimuksessa kehitetyn mittarin avulla. Aineisto analysoitiin useilla menetelmillä.	perusteella voitiin päätellä, että hoito henkilöstön tulee räätälöidä ohjauksen ja materiaalien sisällöt potilaan tarpeiden mukaan sekä arvioida potilaan kykyä omaksua ja hyödyntää saamia ohjeita. Kehitysvaiheessa tulee ottaa huomioon potilaiden näkemykset. Potilas tukeutuu kirjallisiin potilasohjeisiin voidakseen henkisesti valmistautua leikkaukseen, hoitaa itseään omatoimisesti sekä kuntoutua toimintakykyiseksi kotona leikkauksen jälkeen.	suunnitteluun arvioitiin. Tutkimus määrittelee hyvän kirjallisen ohjeen kriteerit. Kirjallisten potilasohjeiden laadinnassa tulisi huomioida erilaiset potilasryhmät kuten vanhuksia tai muistisairaita. Miten me aioimme hyödyntää?
9. Palokoski Marjo-Riitta 2007. Kirurgisen potilaan	Tarkoituksena oli kuvata kirurgisen potilaan kotona sel-	Kvantitatiivinen tutkimus. Toteutettiin puhelinhaas-	Ihmiset kaipaavat enemmän ohjeistusta kivun hoi-	Tutkimus on suhteellisen vanha, mutta siinä oli selvi-

kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Pro Gradu-tutkielma.	viytymistä leikkauksen sekä miten sairaalassa annettu ohjaus tukee potilaan kotona selviytymistä.	tattelu. Kirjallisen luvan antaneille potilaille soitettiin kahden viikon sisällä operaatiosta. Tutkimuksen otanta oli 103. Strukturoidun mittarin avulla kerätyt tiedot analysoitiin	toon sekä haavan hoitoon. Teoreettisessa osuudessa nostettiin esiin aikaisempien tutkimusten tulos, että potilaat tarvitsevat sekä kirjallista että suullista ohjeistusta. Ohjaus muistetaan paremmin sairaanhoidajan antamana, kun lääkärin.	tetty kuitenkin muutamia ongelmia, joita ohjauksessa voi olla. Potilaan elämäntilanteen huomioiminen ohjauksessa nousi esiin.
10 . Heino Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystypotilaan potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Hoitotiede. Tampereen Yliopisto.	Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, millaista ohjausta potilas ja hänen omaisensa olivat saaneet ja kehittää päiväkirurgiseen ohjaukseen sopiva malli.	Tutkimukseen osallistui 173 potilasta ja 161 perheenjäsentä vastaamalla kysely- lomakkeissa esitettyihin kysymyksiin noin viikon kuluttua toimenpiteen jälkeen	Kirjallisen ohjeen potilaat saivat noin viikkoa ennen toimenpidettä. Tapaamisessa korostuivat tiedot sairaudesta, hoidosta ja kotihoitoon liittyvistä ohjeista. Tutkimuksen mukaan ikä, sukupuoli, aiemmat leikkaukset ja koulutustaso vaikuttivat ohja-	Miten huomioidaan erityisryhmät ohjaamisessa, entä omaisten huomioiminen? Kuinka ohjaaminen tukee parhaimmalla tavalla toipumista? Erinomainen urauurtava väitöskirja päiväkirurgisesta ohjaamisesta. Käyttökelpoinenoman työomme kannalta.

			ukseen sekä toipumiseen. Perheenjäseniä ei huomioitu ohjauksessa tarpeeksi.	Meidänkin tulisi huomioida omaisten mukaanotto.
11. Lipponen Kaija 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä henkilökunnan kokemuksia ohjauksen kehittämisestä. Tavoitteena oli saada tietoa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.	Toteutettiin kolmena eri tutkimuksena. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella vuonna 2003 kirurgiselta (n = 203) ja vuonna 2006 perusterveydenhuollon (n = 377) hoitohenkilöstöltä. Loppu aineisto kerättiin vuonna 2007 haastattelemalla kehittämissuunnitelmaan osallistunutta hoitohenkilöstöä (n = 24).	Kehitystyötä voidaan toteuttaa projektinomaisesti, hoitajat tukeutuvat paljon kokemustietoon, eivät niinkään näyttöön perustuvaan tietoon.	Saimme ideoita hyvin onnistuneen ohjauksen toimintaedellytyksistä ja elementeistä. Tutkimus on tuore, mikä nostaa sen arvoa. Ohjauksen tulee olla tavoitteellista ja suunniteltua. Tätä työtä lukiessa muodostui ajatus luoda ohjausprosessi kaavio, joka kulkisi käsi kädessä kirurgisen potilaan hoitopolun kanssa KNK- poliklinikalla.